Region Stockholm

4

Offentligt finansierade hemförlossningar

HSN 2018-0698

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Individuella vårdärenden
Gun Wahlbeck

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-04-26

HSN 2018-0698

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Offentligt finansierade hemförlossningar

Ärendebeskrivning

Region Stockholm finansierar hemförlossningar för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning. Verksamheten regleras inte genom sedvanliga avtal som används för vården i Stockholms län. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har gjort en utredning som belyser möjligheterna att införa hemförlossningar i det ordinarie vårdutbudet.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Utredning om hemförlossning i Region Stockholm

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att den offentligt finansierade hemförlossningen i nuvarande form i Region Stockholm upphör

att Region Stockholm fullföljer sitt åtagande för de gravida kvinnor som fått sin ansökan om hemförlossning beviljad av hälso- och sjukvårdsförvaltningen

att verksamheten i nuläget inte ersätts med sedvanliga avtal.

Förvaltningens motivering till förslaget

Utredningen har gjorts på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören i syfte att utreda om och i viken form hemförlossningsverksamhet kan

formaliseras och permanentas genom sedvanliga avtal och införas i Region Stockholm.

Bakgrund
Sedan många år tillbaka har det beviljats offentligt finansierad hemförlossning i Stockholms län. Från början var det två sjukvårdsområden som ersatte kostnader för hemförlossning i selekterade fall, medan fyra sjukvårdsområden hade policyn att inte ersätta. För att få ett gemensamt regelverk överfördes ansvaret för handläggning och beslut om ersättning från och med år 2002 till dåvarande HSN-staben som ett projekt. Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade i juni 2003 att fortsätta ersätta verksamheten.

Ansökningarna handläggs individuellt. Ärendemängden har successivt ökat från att i början ha varit tiotalet ärenden årligen till att 2018 uppgå till 87 ansökningar. Idag får ett tiotal hembarnmorskor ersättning för hemförlossningar.

Sedvanliga avtal saknas som reglerar uppdraget med hembarnmorskorna och omfattningen av verksamheten har passerat gränsen för tillåten direktupphandling. Verksamheten saknar också den struktur och det generella regelverk som gäller för vårdavtal som hälso- och sjukvårdsförvaltningen tecknar med vårdgivare. Exempel på det är definierade krav på ledningssystem, läkemedelshantering och journalhantering. Inte heller finns sedvanliga former för rapportering och uppföljning. De krav som idag ställs på barnmorskor som bedriver hemförlossningsverksamhet är framförallt att de ska vara legitimerade barnmorskor, ha eget företag samt inneha patient- och ansvarsförsäkring.

Enligt Socialstyrelsens definition över begreppet vårdgivare är den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet en vårdgivare och det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet. Det innebär att hembarnmorskorna är att anse som vårdgivare vilket för med sig ett tydligt formulerat ansvar enligt lag. Vårdgivare har ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Det finns också särskilda regler om vårdgivares ansvar inom olika områden. Vårdgivare ska bland annat ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens, anmäla verksamheten till vårdgivarregistret, se till att verksamheten har ett ledningssystem, se till att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras samt utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har å sin sida ett eget ansvar att utföra sitt arbete i

överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet enligt patientsäkerhetslagen.

I samband med utredningen har ett antal skriftliga frågor ställts till de barnmorskor som bedriver hemförlossning. Svaren ger vid handen att flera av de krav som lagstiftningen kräver inte efterlevs.

Överväganden
Hemförlossning för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning innebär en liten risk för såväl mamma som barn. Riskbedömningen görs på en stor population, medan en avvikelse, d.v.s. när en akut och allvarlig situation ändå uppstår, sker på individnivå och då ofta med allvarlig konsekvens.

Verksamheten har genom åren etablerat sig som en permanent vårdform inom Region Stockholm. Under utredningstiden har en rad omständigheter tydliggjorts som visar att dagens verksamhet inte går att bibehålla. Bristerna i dagens verksamhet bedöms vara så allvarliga att hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår att verksamheten i sin nuvarande form upphör.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen menar vidare att hemförlossningar bör upprätthålla samma standard som övrig sjukvård om de ska erbjudas inom ramen för det ordinarie vårdutbudet. Att skapa en fristående patientsäker verksamhet för hemförlossningar ger troligen höga kostnader. Överkapacitet av både personal och lokaler kan behöva planeras in om verksamheten ska avtalas permanent. Barnmorskornas kompetensutveckling behöver garanteras. Sammanfattningsvis bedömer hälso- och sjukvårdsförvaltningen därför att hemförlossningar bör knytas till länets förlossningskliniker, om de ska erbjudas inom det offentligt finansierade vårdutbudet.

På en förfrågan om möjligheten att implementera hemförlossning som en del av den befintliga förlossningsverksamheten till förlossningsklinikerna i Region Stockholm, har samtliga kliniker inledningsvis svarat nekande. Skäl som anges för detta är exempelvis att hemförlossning inte är medicinskt rekommenderat, eller resurseffektivt, att verksamheten ej går att bedriva i enlighet med högt ställda krav på kvalitet och patientsäkerhet samt att det finns risk för ökade kostnader.

I samband med utredningens slutförande visade en förlossningsklinik intresse för att bedriva hemförlossningsverksamhet. En liten, väl

avgränsad, verksamhet med hembarnmorskor skulle kunna knytas till BB Stockholm. Ett antal juridiska, ekonomiska och medicinska frågor kring en sådan lösning bör dock utredas närmare innan ett mer konkret avtalsarbete kan ta vid. En djupare analys krävs också kring hur en sådan lösning skulle komma att påverka övrig förlossningsverksamhet.

I utredningen beskrivs de möjliga avtalsmässiga formerna för hemförlossningsverksamhet med för- och nackdelar med respektive avtalsform. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör bedömningen att det i nuläget inte finns tillräckligt underlag för att gå vidare med att införliva hemförlossningar i det ordinarie vårdutbudet.

Ekonomiska konsekvenser
Kostnaden för en hemförlossning uppgår till 22 000 kronor. Den totala kostnaden för 2018 uppgick till 1,5 miljoner kronor. De ekonomiska konsekvenserna bedöms vara oförändrade då förlossningsklinikernas ersättning för en normal förlossning utan komplikationer är jämförbar med den ersättning som utbetalas för en hemförlossning. För det fall att verksamheten skulle komma att regleras med avtal kommer kostnaderna troligen att bli högre än idag.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Om de kvinnor som valt att föda hemma i stället föder på sjukhus kommer patientsäkerheten stärkas om allvarlig händelse inträffar för mor och/eller barn i samband med förlossningen.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Utformningen av de kriterier som hittills styrt verksamheten är i grunden ojämlik eftersom det bland annat baserar sig på kravet att bo tillräckligt nära en förlossningsklinik. Detta kriterium utesluter en stor del av målgruppen.

Miljökonsekvenser
Förslaget bedöms innebära oförändrade miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Förslaget bedöms inte få några påtagliga administrativa konsekvenser. Den administration som idag finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen är mycket liten och kommer att upphöra.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Eva Askensten
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-04-26



Offentligt finansierad
Hemförlossning
Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2019-04-24
Diarienummer: HSN 2018 - 0698

Region Stockholm

Bakgrund

Region Stockholms finansierar hemförlossningar för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning. Beslutet om nuvarande hantering togs i dåvarande Hälso- och sjukvårdsutskottet 2003[1]. Region Stockholm handlägger varje enskild ansökan om hemförlossning och ersättningen sker styckevis mot anspråk från den ansvariga barnmorskan. Det finns inget avtal som reglerar uppdraget om hemförlossning mellan hembarnmorskorna och Region Stockholm. Därför saknas också insyn i, kontroll samt uppföljning av verksamheten.

Region Stockholm har under senare år genomfört både en kartläggning av verksamheten och ställt enkäter till berörda intressenter inom professionen, för att samla in information om verksamheten.[2] Beslut om att under utredningstiden inte godkänna ytterligare hembarnmorskor fattades i augusti 2018[3].

Utredningsarbetet har bedrivits i projektform med både medicinsk och övrig sakkompetens involverad. Vård- och specialsakkunniga tillsammans med representanter för hembarnmorskorna, Barnmorskeförbundet samt Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har utgjort referensgrupp och har bjudits in till möte för att inhämta synpunkter och för diskussion.[4] Ytterligare ett möte har genomförts där både verksamhets- och vårdchefer för samtliga förlossningskliniker i Region Stockholm bjöds in.[5]

Denna rapport har tagits fram på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i syfte att utreda om och i vilken form ett införande av hemförlossning i ordinarie vårdutbud skulle kunna ske. Resultatet av uppdraget föreligger i denna rapport.

Stockholm april 2019

[1] Riktlinjer för ersättning från landstinget vid hemförlossning. Hälso- och sjukvårdsutskottet 2003-06-17. LS 0301 – 0030

[2] Kartläggning inkl. godkännandekriterier och enkät om landstingsfinansierad hemförlossning i Stockholms läns landsting, 2018-05-22. HSN 2018 - 0698

[3] Verkställighetsbeslut 2018-08-14 om att inte under denna utrednings gång godkänna nya hembarnmorskor HSN 2018 - 0698

[4] Minnesanteckningar från referensgruppsmöte 2019-01-28

[5] Minnesanteckningar från möte med förlossningskliniker 2019-02-11

Innehållsförteckning

Bakgrund 1
Sammanfattning 4
1 Nuläget i regionen 6
1.1 Definition av planerad hemförlossning 6
1.2 Antal hemförlossningar och kostnader 2015 - 2018 6
1.3 Förlossningsplats över tid 7
1.4 Målgrupp 8
1.5 Godkännandekriterier 8
1.5.1 Godkännandekriterier för att föda hemma 9
1.5.2 Godkännandekriterier - hembarnmorskor 9
1.6 Transport med ambulans 10
1.6.1 Överföring till sjukhus 10
1.7 Patientsäkerhet 11
1.8 Läkemedelshantering 11
1.9 Kvalitet och uppföljning 12
1.10 Journalhantering 13
1.11 Avvikelsehantering 13
2 Evidensläget 14
3 Förlossningsvården i Region Stockholm 15
3.1 Min barnmorska 15
3.2 Doula och kulturtolk 16
3.3 Auroramottagningar 16
3.4 Kompetensförsörjning och kompetensutveckling i förlossningsvården 17
4 Omvärlden 18
4.1 Södra Älvsborgs sjukhus 18
4.2 Västerbotten 18
4.3 Norden 19
4.4 Nederländerna 21
4.5 Europadomstolen och WHO 21
5 Synpunkter från förlossningsklinikerna 22
6 Avtalsformer 23
6.1 Hemförlossning som fristående verksamhet - Alternativ 1 25
6.1.1 Upphandling enligt LOV 25
6.1.2 Upphandling enligt LOU 26
6.1.3 Direktavtal med verksamhet i egen regi 27
6.2 Hemförlossning knuten till förlossningsklinik – Alternativ 2 28
6.2.1 Tilläggsuppdrag i vårdval förlossning enligt LOV, eller LOU kopplat till förlossningsuppdraget 28

6.2.2 Upphandling enligt LOU 29
6.2.3 Direktavtal med verksamhet i egen regi 30
6.3 Hemförlossning knuten till barnmorskemottagning – Alternativ 3 30
6.3.1 Upphandling enligt LOV 31
6.3.2 Upphandling enligt LOU 31
6.3.3 Direktavtal med verksamhet i egen regi 32
6.4 Utredningens förslag till val av avtalsform 33
7 Diskussion och slutsatser 34
Bilageförteckning 36
Referensförteckning 36
Diagram- och tabellförteckning 37

Sammanfattning

Kvinnan äger själv rätt att avgöra var den väntade förlossningens ska ske. Hälso- och sjukvårdslagen anger ingen skyldighet för huvudmännen att erbjuda förlossning i hemmet som vård till medborgare. Nuvarande finansieringsform är sprungen dels ur en tanke att tillgodose ett fåtal kvinnors individuella behov, dels en önskan om en enhetlig och gemensam policy i Stockholms län. Tidigare gällde olika regler i länets olika delar. Beslut om offentligt finansierade hemförlossningar togs i dåvarande Hälso- och sjukvårdsutskottet i juni 2003.

Kriterierna för godkännande av vårdgivare vid hemförlossning är få och de fastställdes 2003. De reglerar att verksamheten ska bedrivas i företagsform, antal barnmorskor vid förlossning, att vårdprogram ska följas, att journal ska upprättas samt hur ersättning ska utbetalas. Ett mindre tillägg gjordes 2016 med bland annat skärpta krav på företagets registrerade verksamhetsprofil samt registerutdrag från vårdgivarregistret. Dessa godkännandekriterier skiljer sig från uppdragsbeskrivningen för regionens ordinarie vårdverksamhet där krav ställs på bland annat kompetens, kvalitet, utrustning, hygien, omhändertagande av barnet, ledningssystem, elektroniskt journalsystem, hantering av personuppgifter och uppföljning av verksamheten. Inom den gängse förlossningsverksamheten finns även krav på namngiven verksamhetschef, samt medicinsk ansvarig om verksamhetschef inte är läkare.

Region Stockholm är som huvudman ansvarig för att den vård som bedrivs är medicinskt säker och uppfyller aktuella lagar och förordningar. De avtalsformer Region Stockholm har med vårdgivare utgör en bas för att säkerställa dessa förhållanden och de instrument som finns för uppföljning. Hemförlossningar bör upprätthålla samma standard som övrig sjukvård om de erbjuds inom ramen för det ordinarie vårdutbudet. Idag finns inga sådana avtal som reglerar hemförlossningarna.

På en förfrågan i november 2018 om möjligheten att implementera hemförlossning som en del av den befintliga förlossningsverksamheten till förlossningsklinikerna i Region Stockholm, har samtliga kliniker svarat nekande. Skäl som anges för detta är exempelvis att hemförlossning inte är medicinskt rekommenderat, eller resurseffektivt, att verksamheten ej går att bedriva i enlighet med högt ställda krav på kvalitet och patientsäkerhet samt att det finns risk för ökade kostnader.

I samband med utredningens slutförande visade en förlossningsklinik intresse för att bedriva hemförlossningsverksamhet. En liten, väl avgränsad, verksamhet med hembarnmorskor skulle kunna knytas till BB Stockholm. Ett antal juridiska, ekonomiska och medicinska frågor kring en sådan lösning bör dock utredas närmare innan ett mer konkret avtalsarbete kan ta vid. En djupare analys krävs också kring hur en sådan lösning skulle komma att påverka övrig förlossningsverksamhet.

I utredningen beskrivs de möjliga avtalsmässiga formerna för hemförlossnings-verksamhet med för- och nackdelar med respektive avtalsform. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör bedömningen att det i nuläget inte finns tillräckligt underlag för att gå vidare med att införliva hemförlossningar i det ordinarie vårdutbudet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens förslag är att den offentligt finansierade hemförlossningsverksamheten upphör och inte i nuläget ersätts med annan avtalsform.

1 Nuläget i regionen

I Sverige är det bara någon promille av alla förlossningar som sker i hemmet och majoriteten av dem sker i Region Stockholm. Hemförlossning är alltså av ringa omfattning. Idag arbetar ett tiotal av hälso- och sjukvårdsförvaltningen godkända barnmorskor med hemförlossning.

1.1 Definition av planerad hemförlossning

En planerad hemförlossning syftar i denna rapport på en förlossning som under graviditeten planerats att äga rum utanför sjukhus i hemmiljö, oftast kvinnans egna hem, samt att förlossningen startar där. Förlossningen kan avslutas hemma eller på sjukhus. Offentligt finansierad hemförlossning förutsätter med nuvarande regler också att kvinnan uppfyller uppsatta medicinska krav för att beviljas godkännande enligt fastställda kriterier samt att hon anlitar en godkänd hemförlossningsbarnmorska.

Nuvarande godkännandekriterier kräver närhet till en förlossningsklinik varför en del ansöker om att föda i ett annat hem än där man är folkbokförd.

1.2 Antal hemförlossningar och kostnader 2015 - 2018

Under perioden 2003 – 2015 varierade antalet ansökningar mellan 33 - 63 ansökningar per år. Under de senaste åren har antalet ökat.

- 2016 - 81 st.
- 2017 - 76 st.
- 2018 - 87 st.

Det finns ingen statistik över det faktiska utfallet, det vill säga hur många av de som ansöker om hemförlossning som också föder hemma.

En hemförlossning ersätts idag med 22 000 kronor. Summan ska täcka kostnaden för två barnmorskor, barnläkarkontroll och PKU-provtagning. I de fall den planerade hemförlossningen avslutas på förlossningsklinik för att något tillstött som kräver sjukhusets resurser, blir den offentligt finansierade kostnaden per hemförlossning högre totalt sett per patient. Hembarnmorskorna ersätts då för utfört arbete. Till det kommer förlossningskostnaden på kliniken, idag från ca 24 000 kr för en normal förlossning.

Den utbetalda ersättningen för hemförlossningar för år 2015–2018 var följande

- 2016 1 526 000 kr
- 2017 1 494 000 kr
- 2018 1 557 000 kr

1.3 Förlossningsplats över tid

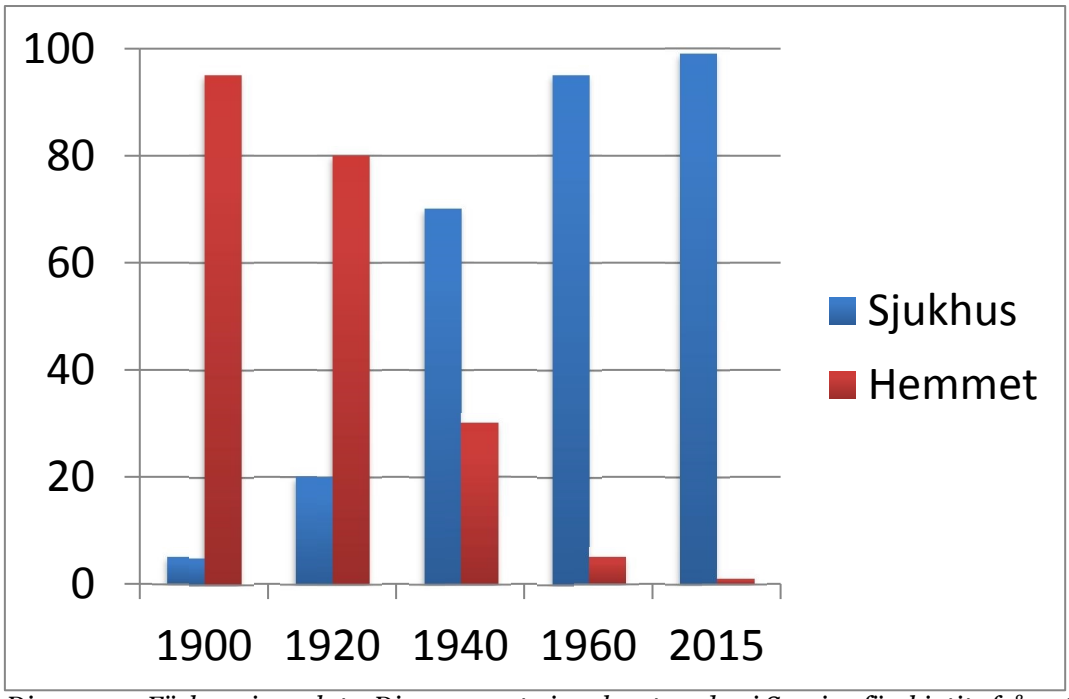


Diagram 1. Förlossningsplats. Diagrammet visar hur trenden i Sverige förskjutits från att föda hemma till att föda på sjukhus[6].

För cirka 100 år sedan började kvinnor i Sverige att föda på sjukhus. Redan på 1940-talet skedde majoriteten av alla födslar på sjukhus. Att föda på sjukhus inleddes i övriga Europa så sent som på 1960-talet. I detta avseende skiljer sig alltså traditionen och kulturen mellan Sverige och övriga jämförbara länder i Europa. Att så många kvinnor föder på sjukhus har lyfts som en av anledningarna till att Sverige har en internationellt sett låg mödradödlighet och dödlighet och sjukdom hos nyfödda.

Ett delmål i FN:s globala mål för hållbar utveckling är att fram till år 2030 reducera dödligheten bland nyfödda till högst 12 per 1 000 levande födda[7]. I Sverige har spädbarnsdödligheten under det första levnadsåret minskat successivt från 271 dödsfall per 1 000 levande födda 1946 till 2,4 dödsfall per

[6] Helena Lindgren, barnmorska och docent med inriktning mot reproduktiv hälsa. Karolinska Institutet.
[7] United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly. New York: UN; 2015. A/RES/70/1. Hämtad från: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

1 000 levande födda 2017[8]. Sverige var därmed ett av de länder som hade lägst spädbarnsdödlighet i världen år 2017[9].

Orsaker till dödsfall under neonatalperioden, det vill säga de 28 första levnadsdagarna, är främst förlossningskomplikationer, andningsstörningar och infektioner, ofta i kombination med för tidig födsel, samt medfödda missbildningar.

1.4 Målgrupp

Det är ett litet antal kvinnor som varje år väljer att föda hemma. I ansökan om att föda hemma efterfrågas inte skälen till önskemålet. Utredningen har inte funnit någon forskning som säger att det är en viss kategori kvinnor som väljer hemförlossning. Hembarnmorskorna beskriver att kvinnor uppgett följande skäl till varför de valt hemförlossning.

- Kvinnan vill känna sina barnmorskor innan förlossningen och ha en relation till dem
- Kvinnan känner sig tryggare hemma än på sjukhus. Ibland finns en sjukhusrädsla, men det är inte nödvändigtvis uttalat
- Tidigare förlossning gick bra
- Tidigare förlossning på sjukhus var en psykologiskt, traumatisk, upplevelse. Ofta relaterat till att inte ha känt sig sedd eller lyssnad till
- Kvinnan vill veta var man ska föda och är rädd för att bli hänvisad
- Kvinnan anser att barnafödandet är friskt och normalt och inte behöver ske på akutsjukhus
- Kvinnan kan ha erfarenhet av förlossning från annat land med annan kultur
- Kvinnan vill själv vara starkt delaktig i planering, beslut och skeenden under sitt födande

1.5 Godkännandekriterier

Två av länets sjukvårdsområden beviljade fram till och med 2001 bidrag för hemförlossning i selekterade fall, medan fyra sjukvårdsområden hade policyn att inte bevilja bidrag för detta ändamål. Denna geografiska skillnad i hanteringen inom regionen skapade opinion och debatt kring frågan om hemförlossning och en önskan om en fastlagd policy för hela regionen. Under 2002 prövades ett tillvägagångssätt med en gemensam policy. 2003 fastställdes

[8] Statistikdatabasen. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB); 1946- . Spädbarnsdödlighet, antal barn efter kön, spädbarnsdödlighet och år. [citerad 5 mars 2019]. Hämtad från: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101I/Spadbarnsdodlighet/?rxid=dfe14dc5-fe71-43b3-8281-ca7573774d33

[9] Data in Gapminder World. Mortality rate, infant (per 1 000 live births). Stockholm: Gapminder; 2018. [citerad 5 mars 2019]. Hämtad från: https://www.gapminder.org/data/

den gemensamma finansieringspolicyn och ett antal kriterier både för att bli godkänd som hembarnmorska och för att bli godkänd för att kunna föda hemma.

En ansökan om hemförlossning ställs till hälso- och sjukvårdsförvaltningen som stämmer av att kriterierna är uppfyllda eller inte. Ibland kan en komplettering av handlingarna begäras in. Efter att förvaltningen har godkänt en hemförlossning har förvaltningen inte längre någon insyn i vad som därefter sker. Avsaknaden av avtal medför att det inte sker vare sig uppföljning eller kontroll av verksamheten.

1.5.1 Godkännandekriterier för att föda hemma

För att beviljas offentligt finansierad hemförlossning ska ett antal kriterier vara uppfyllda. Kvinnan ska vara frisk omföderska med tidigare normal förlossning. Barnet ska ligga med huvudet ner och graviditeten ska vara fullgången (37+0–41+6). Det krävs också ett medicinskt godkännande av förlossningsläkare i v 35 samt ett undertecknat ”Bekräftelse på given information”, en blankett med information till den gravida kvinnan inför valet att föda hemma[10]. Barnläkarkontroll ska kunna genomföras senast 25–72 timmar efter förlossningen. Transport till närmaste förlossningsklinik ska kunna ske inom 40 minuter (se vidare under 1.6.1 Överföring till sjukhus).

1.5.2 Godkännandekriterier - hembarnmorskor

Vårdgivaren ska

- tillhandahålla två legitimerade barnmorskor vid hemförlossningen och kunna garantera detta dygnet runt
- följa de regionala vårdprogram som berör hemförlossningen och i övrigt följa Socialstyrelsens regelverk
- i varje enskilt fall rapportera hemförlossningens förlopp i journal, inklusive partogram
- vårdgivaren ska uppvisa handlingar som bekräftar att rörelsen bedrivs genom ett officiellt registrerat företag, att inga anmärkningar mot verksamheten kan anföras och att nödvändiga försäkringar föreligger

Kriterierna för att godkänna en barnmorska som hembarnmorska, beslutades 2003. Ett mindre tillägg gjordes 2016 med bland annat skärpta krav på företagets registrerade verksamhetsprofil samt registerutdrag från vårdgivarregistret.

[10] Blankett att underteckna. Bekräftelse på given information. Information till den gravida kvinnan inför valet att föda hemma.

1.6 Transport med ambulans

Idag är ett godkännandekriterium för att beviljas offentligt finansierad hemförlossning att transport till närmaste förlossningsklinik kan ske inom 40 minuter. Tiden räknas från att ambulans kontaktas via 112, tills kvinnan och/eller barnet är på närmaste förlossningsklinik. Kriteriet innebär att den faktiska transporttiden från hemmet till förlossningsklinik maximalt kan vara 10 – 15 minuter då även ambulansens inställelsetid ska ingå i tidsintervallet. Tiden är beroende av hur snabbt en ambulans är tillgänglig samt aktuell trafiksituation. Kvinnor som omfattas av nuvarande kriterier kan bo som längst ca 20 kilometer från en förlossningsklinik. I de fall både modern och det nyfödda barnet är i behov av fortsatt vård på sjukhus kan det finnas behov av två ambulanser.

Sällsynta men mycket allvarliga komplikationer kan dock drabba kvinnan och/eller barnet i samband med förlossning även om graviditeten och förlossningens början varit normal. Komplikationer som kan inträffa oförutsett och inom kort tidsrymd kan få mycket allvarliga följder beroende på avsaknad av akutsjukhusets möjligheter till snabbt operativt ingripande. Exempel på risker är plötslig stor blödning eller skulderdystoci (axlar fastnar vid barnets framfödande). Tidsramen är i dessa situationer mycket snävare än transportkriteriet och insatserna i hemmet kan därför bli otillräckliga.

1.6.1 Överföring till sjukhus

Under en pågående hemförlossning kan överföring till sjukhus bli aktuellt. Denna överföring sker idag främst med personbil, inte med ambulans. Skälet till att ambulans inte påkallas är, enligt hembarnmorskorna, den upplevda osäkerheten i hur lång inställelsetid ambulansen kan komma att ha. Under år 2015–2018 överfördes totalt nio kvinnor och ett barn.

Transport till sjukhus	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Mor överförd innan födsel	0	1	4	2
Mor överförd efter födsel	1	0	1	0
Barn överfört	0	1	0	0
Antal ansökningar om hemförlossning	63	81	76	87

Tabell 1. Överföring till klinik per år och tidpunkt relaterad födelse samt antal ansökningar om hemförlossning respektive år. Sammanställd av hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

De flesta överfördes innan barnets födelse. Följande orsaker till överföring kunde ses under perioden.

- innan födsel: värksvaghet (2), smärtlindring (3), navelsträngsprolaps (1), stort barn (1)
- efter födsel, morindikation: suturering (1), högt blodtryck (1)
- efter födsel, barnindikation: lågt Apgar/barnet medtaget (1)

1.7 Patientsäkerhet

I Socialstyrelsens Meddelandeblad från augusti 2005, framgår att Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1990:22) om hemförlossning, upphörde gälla den 31 juli 2005.[11] *”Socialstyrelsen vidhåller sin redovisade ståndpunkt att det med hänsyn till säkerheten för mor och barn inte är lämpligt att förlossning sker i hemmet. --- Patientsäkerheten tillgodoses genom de grundläggande kraven på att patienten ska ges en sakkunnig och omsorgsfull vård i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att verksamheten ska omfattas av kvalitetssystem. Det innebär att varje barnmorska som bedriver egen verksamhet är skyldig att överväga om en hemförlossning bör genomföras med hänsyn till kvinnans och barnets säkerhet.”*

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen där patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd.

Patientsäkerhet är en grundläggande kvalitetsdimension i vården och är nära förknippat med god vård som bland annat innebär att vården särskilt ska

- vara av god kvalitet
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Det är främst av patientsäkerhetsskäl som regionens förlossningskliniker avböjer ansvaret för hemförlossning då ibland nödvändiga åtgärder inte kan utföras eller erbjudas inom rimlig tid på grund av avstånd och tillgängliga resurser.

1.8 Läkemedelshantering

Dagens godkännandekriterier av vårdgivare beskriver inte på ett tydligt sätt hanteringen av läkemedel inom verksamheten såsom förskrivning, ordination eller förvaring av läkemedel. Barnmorskor har rätt att administrera läkemedel på läkarordination, men har inte egen förskrivningsrätt och därmed ingen

[11] Meddelandeblad augusti 2005 Översyn av Socialstyrelsens författningssamling, Upphävande av vissa författningar på hälso- och sjukvårdens område https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9814/2005-1-18_2005119.pdf

ordinationsrätt för läkemedel som ges för att få livmodern att dra ihop sig efter förlossningen, minska blödning, eller för K-vitamin till barnet efter förlossningen. Läkemedel till barnet kan inte skrivas ut i förväg då barnet ännu inte blivit en individ i juridisk mening, dvs. ännu inte erhållit ett personnummer. Det är möjligt att som barnmorska ge läkemedel på skriftlig generell ordination från verksamhetschef med medicinskt ansvar.

Enligt den enkät som ställts till hembarnmorskorna framgår att läkemedel ingår i verksamheten, men det är inte klarlagt vem som förskriver och ordinerar läkemedel eller hur dessa läkemedel förvaras (se bilaga 2). Det kan inte säkerställas att hanteringen sker i enlighet med lagar och förordningar.

Korrekt läkemedelshantering är ett grundkrav i all hälso- och sjukvård.

I april 2019 sändes ett anmodansbrev (se bilaga 4), till samtliga hembarnmorskor med en anmodan om att de var för sig ska inkomma med svar på tidigare ställda frågor. Frågorna berör främst läkemedelshantering, hantering av personuppgifter och journal samt om kvalitetsledningsarbete.

1.9 Kvalitet och uppföljning

För att främja arbetet med kvalitet och patientsäkerhet finns författningskrav[12] på att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem och arbeta systematiskt med patientsäkerhet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett kvalitetsledningssystem för verksamheten. Med hjälp av det ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning, och det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten.

Det är ett kriterium för godkännande som hembarnmorska, att verksamheten drivs i företagsform. Det innebär att förutom skyldigheter hembarnmorskan har som legitimerade yrkesutövare, finns även ett vårdgivaransvar.

Varje enskild legitimerad yrkesutövare inom vården står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och har ett ansvar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet enligt patientsäkerhetslagen. Ansvaret som yrkesutövare ersätter inte det ansvar som faller på verksamhetschef för vårdgivaren. Verksamheten kan drivas i olika företagsformer. Enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård är vårdgivare, till exempel en läkare eller en barnmorska med enskild firma. I dessa fall kan sägas att den fysiska personen och företaget är en enhet, företagets organisationsnummer är detsamma som individens personnummer. De medicinska åtgärder som verksamheten omfattar måste då rymmas inom ramen för yrkesutövarens legitimation och kompetens, för att denna ska upprätthålla medicinskt ansvar. Om verksamheten bedrivs i någon associationsform, till exempel

[12] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

bolag, förening eller stiftelse, så är det bolaget, föreningen eller stiftelsen som är vårdgivare och har ett eget organisationsnummer. De medicinska åtgärder som verksamheten omfattar, måste då rymmas inom ramen för den för verksamhetens medicinskt ansvarigas legitimation och kompetens.

För frågan om vem som är vårdgivare saknar det betydelse hur verksamheten finansieras, offentligt eller privat. Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef. Skyldigheter för denne finns bland annat uttalat i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientdatalagen, Patientskadelagen, Patientsäkerhetslagen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet, journalföring och ledningssystem

I godkännandekriterierna från 2003 är inte vårdgivaransvaret tillräckligt tydliggjort.

1.10 Journalhantering

De nu aktiva hembarnmorskorn uppger att de upprättar pappersjournaler och förvarar dem i låsta brandsäkra skåp hemma hos respektive hembarnmorska. Papperskopior skickas till berörda instanser, till exempel till mödra- och barnavårdscentral samt till Socialstyrelsen.

Patienten får alltid en papperskopia eller ett foto av journalen som hon tar med sig vid behov av vård. Hemförlossningsbarnmorskan finns tillgänglig via telefon, även jourtid, för kompletterande uppgifter. Hembarnmorskorna uppmanar patienten vid avslutad vårdperiod, att be sin mödravårdsbarnmorska att avsluta journalen i journalsystemet Obstetrix.

Om alla hemförlossningsjournaler är överförda till Obstetrix är inte säkerställt.

1.11 Avvikelsehantering

De avvikelser som idag förekommer i hemförlossningsverksamheten dokumenteras och sätts i en för hembarnmorskorna gemensam pärm. Det är oklart var pärmen förvaras och i vilken omfattning erfarenheter återförs i verksamheten. En gemensam dokumentation av avvikelser är inte i enlighet med hur patientsäkerhetslagen är formulerad kring varje enskild vårdgivares ansvar att följa upp verksamheten, inte heller avseende patientdatalagen och delning av patientuppgifter.

Förvaltningen känner inte till om de avvikelser som förekommit i verksamheten är av så ringa grad att de inte föranlett någon vidare åtgärd. Dokumentationen för de kvinnor och barn som överförts under eller efter förlossning till förlossningsklinik, är sannolikt dokumenterat enligt gängse rutiner vid kliniken.

2 Evidensläget

Friska omföderskor med normal graviditet har låg risk att drabbas av komplikationer oavsett om förlossningen sker på sjukhus eller i hemmet. Det vetenskapliga underlaget avseende säkerheten i hemförlossningar är inte omfattande eller av högre evidensgrad. En HTA-analys 2013[13] sammanfattar det dåtida vetenskapliga underlaget. Vetenskapliga studier finns inte med tillräckligt stora material i Sverige eller övriga nordiska länder utan data är framför allt taget från Storbritannien och Nederländerna med högre andel hemförlossningar. Sjukvårdssystemen och patientfaktorer kan dock skilja sig mellan länderna varför en direkt överföring till svenska förhållanden är svår. Slutsatsen av analysen innebär att för en mindre grupp kvinnor med låg medicinsk risk dvs. friska omföderskor med tidigare normal förlossning och normal graviditet, finns inte stöd för att det är en ökad eller minskad risk med att föda i hemmet. Detta baseras bland annat på att kvinnor med avvikande förlopp överförs till sjukhus under förlossningen varför de som faktiskt föder hemma är dubbelt selekterade innan och under förlossningen. En kompletterande litteratursammanställning[14] från februari 2017 visar att det inte finns nya data som stöder en ändrad inställning från detta underlag.

Slutsatserna i HTA-analysen bidrog till att hälso- och sjukvårdsförvaltningen valde att inte inkludera förstföderskor i den offentligt finansierade hemförlossningen. Analysen sammanfattar evidensläget enligt följande: ”Att det föreligger en ökad risk för komplikationer i samband med en kvinnas första förlossning har varit känt sedan länge. Risker som identifierats har gällt både mödrar och barn. På grund av detta stöttar Region Stockholms medverkan av barnmorskor vid planerade hemförlossningar enbart för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning.”

Efterfrågan på stöd för planerad hemförlossning har framförts även från kvinnor som ska föda sitt första barn. En förfrågan om riskerna med planerad barnmorskeledd hemförlossning för förstföderskor är större än på en obstetrisk avdelning har därför väckts av tidigare Specialitetsrådet för Reproduktion.

I HTA-analysens systematiska översikt har ett tjugotal artiklar och fem systematiska översikter studerats. Många studier fick exkluderas för att resultaten för förstföderskor inte redovisats separat samt på grund av studiernas låga kvalitet med avsaknad av kontrollgrupp, stora bortfall och frekvent läkarmedverkan vid hemförlossning.

Den enda studie som kvarstod var en prospektiv nationell engelsk kohortstudie från 2011 av hög kvalitet med litet bortfall omfattande drygt 4 500 planerade

[13] Ur Metodrådet, Health Technology Assessment, HTA-rapport 2013:6 Risker med planerad hemförlossning för förstföderskor

[14] Avtal om landstingsfinansierad hemförlossning för omföderskor 2017-02-23

hemförlossningar för förstföderskor och drygt 10 000 på förlossningsavdelning. Evidensgradering har gjorts enligt GRADE.

Slutsatser:

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att risken för allvarliga komplikationer är signifikant ökad för foster/barn hos förstföderskor vid planerade hemförlossningar jämfört med födande på förlossningsklinik, GRADE ⊕⊕. Förhållandet att 45 % transporteras till förlossningsklinik under eller strax efter pågående hemförlossning styrker detta fynd.
- För maternella utfallen dödlighet, bäckenbottenbristningar och transfusionskrävande blödningar finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att det inte är någon skillnad beroende på planerad förlossningsplats, GRADE ⊕⊕ som betyder att det är mycket sannolikt att ytterligare forskning kan ändra nuvarande effekt estimat

3 Förlossningsvården i Region Stockholm

Under 2018 föddes nästan 29 000 barn vid regionens sex förlossningskliniker.

I tabell 2 framgår hur antalet förlossningar fördelat sig mellan de olika förlossningsklinikerna.

Sjukhus	Antal förlossningar
Danderyds sjukhus	6 658
BB Stockholm	3 904
Karolinska Huddinge	4 526
Karolinska Solna	3 617
Södertälje sjukhus	2 304
Södersjukhuset	7 667
Totalt	**28 676**

Tabell 2. Antal förlossningar i Region Stockholm 2018.

Region Stockholm har uppmärksammat önskan från både blivande föräldrar och delar av professionen om alternativ inom mödra- och förlossningsvården.

3.1 Min barnmorska

Projektet Min Barnmorska på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge startade den 10 september 2018. Gravida kvinnor med beräknad förlossning efter den 1 november 2018 har möjlighet att delta i projektet. Ungefär 280

födande per år beräknas kunna ingå i projektet. Projektet innebär att en grupp om tre barnmorskor vårdar och följer familjen under graviditet, förlossning och eftervård. Fokus ligger på den personliga relationen och kontinuitet mellan vårdgivare och vårdtagare. Skillnaden mot traditionell vård är att vid förlossningstillfället är det en av familjen känd barnmorska som bistår vid födseln då hon också har vårdat den blivande mamman under graviditeten på barnmorskemottagningen.

Verksamheten riktar sig främst till förlossningsrädda, men även andra kan delta. Kvinnor med större behov av stöd prioriteras i projektet.

Karolinska Universitetssjukhuset samarbetar med två barnmorskemottagningar; Älvsjö och Liljeholmen där kvinnorna är inskrivna för mödravård under graviditeten samt för eftervård. Det finns möjlighet till BB-vård i hemmet av samma barnmorsketeam.

3.2 Doula och kulturtolk

Projektet Doula & kulturtolk syftar till att överbrygga språkliga och kulturella skillnader vid barnafödande, och ge möjlighet till en jämlik vård.

Doulan är en stödperson under förlossningen, som kvinnan lärt känna på förhand. Hon har erfarenhet från såväl ursprungslandet som från Sverige och svensk förlossningsvård, och ger stöd på det språk den födande kvinnan talar. Doulan har tystnadsplikt.

Syftet är att bidra till en positiv förlossningsupplevelse med gynnsamma hälsoeffekter på kort och lång sikt. Efter förlossningen fortsätter doulan att vara en trygg person och en länk in i det svenska samhället genom en mötesplats kallad Mammaforum, dit föräldrar kan komma med sitt barn. Där finns möjlighet till samhällsinformation, språkinlärning, föräldragrupper och andra aktiviteter som gynnar integration och föräldraskap.

3.3 Auroramottagningar

En Auroramottagning är en mottagning som är specialiserad på att ta hand om kvinnor med stark förlossningsrädsla. Det finns ett flertal mottagningar i regionen.

På Auroramottagningarna arbetar ett team av barnmorskor, kuratorer och läkare som har särskild kompetens för att hantera förlossningsrädsla. De erbjuder i första hand samtal och praktiskt stöd med en av teamets barnmorskor, enskilt eller föräldrarna tillsammans.

Samtalen ger hjälp att få mer fakta, reda ut vad rädslan står för och få hjälp till bearbetning. Därefter upprättas en födelseplan inför kommande födsel. Målet är att skapa en så trygg födsel och positiv förlossningsupplevelse som möjligt, oavsett förlossningssätt.

3.4 Kompetensförsörjning och kompetensutveckling i förlossningsvården

Bemanningen av barnmorskor på förlossningskliniker i Stockholm har periodvis varit ansträngd, speciellt under sommarperioderna. På sjukhusen ansvarar en barnmorska ofta för mer än en patient medan de offentligt finansierade hemförlossningarna kräver att det finns två barnmorskor närvarande för varje födande kvinna.

Förlossningsvården har sedan 2017 tillförts extra medel för att stärka upp bemanningen. Enligt tabellen nedan har antalet anställda inom förlossningsvården ökat med 82 personer. Karolinska Universitetssjukhuset, Solna har ett minskat förlossningsuppdrag efter flytt till Nya Karolinska Solna, varför en utebliven personalökning innebär ett relativt tillskott av personal per förlossning.

Personalomsättningen är relativt hög och på grund av inskolningsperioder minskar patienttiden per barnmorska. Tillskott av förlossningsplatser förväntas år 2021 när en ny förlossningsklinik på Capio St. Görans sjukhus tas i drift.

	Innan satsningen	2018—12	Utfall procent
Danderyd	267	289	8%
Karolinska Huddinge	186	226	22%
Karolinska Solna	188	188	0%
Södersjukhuset	266	278	5%
Södertälje	96	104	8%
Totalt	1003	1085	8%

Tabell 3. Tillskott av personal i förlossningsverksamheten i Region Stockholm under 2018. I tabellen ingår inte BB Stockholm.

För att upprätthålla kompetensen hos de förlösande barnmorskorna krävs en kontinuitet i arbetet och antalet förlossningar varje barnmorska genomför får inte vara för litet.

Ett av dagens kriterier för godkännande av vårdgivare vid hemförlossning är att vårdgivaren ska tillhandahålla två legitimerade barnmorskor vid hemförlossningen och kunna garantera detta dygnet runt under graviditetsveckorna 37 – 42.

I Region Stockholm godkänns färre än 100 hemförlossningar per år som omhändertas av ett tiotal aktiva hembarnmorskor. Att arbeta enbart med hemförlossningar är inte tillräckligt för att upprätthålla kompetensen hos utförande hembarnmorskor. De bör i så fall också vara verksamma vid en sjukhusansluten förlossningsklinik. Detta för att även tillgodogöra sig kontinuerlig träning avseende allvarliga händelser i form av teamträningar och simuleringar som görs på förlossningsenheterna.

4 Omvärlden

Utredningen har sett utanför Region Stockholms gränser och studerat hemförlossningar i övriga Sverige, Norden samt Nederländerna. Syftet är att kunna förstå skillnader och likheter i regelverk och tillämpningar.

I Sverige får föräldrarna själva betala för en planerad hemförlossning. Undantagen är Region Stockholm som ersätter barnmorskan om vissa kriterier uppfylls och i Region Västerbotten finansieras hemförlossningarna av kvinnokliniken i Umeå.

4.1 Södra Älvsborgs sjukhus

På kvinnokliniken vid Södra Älvsborgs sjukhus[15], Västra Götalandsregionen, finns en dokumenterad rutin för krav på och förutsättningar för hemförlossning. Det finns dock inga avtal, ingen finansiering eller regionala riktlinjer för verksamheten och det har heller inte genomförts någon hemförlossning, enligt den dokumenterade rutinen.

En ”hemförlossningslåda” ska finnas inför en eventuell hemförlossning. Den packas av barnmorska på antenatalmottagningen efter att patienten bokats för sitt besök. En kopia på innehållet jämte en signatur att kvinnan tagit emot lådan följer med henne och en kopia läggs till hennes övriga papper på förlossningen. På detta papper noteras även kontaktuppgifterna till planerad vårdgivare. Lådan har ännu inte tagits i bruk.

4.2 Västerbotten

Hemförlossningsverksamhet i Umeå[16] har varit igång sedan 1990 och är sedan 1994 finansierad av kvinnokliniken.

I Umeå finns i dagsläget ett knappt 30-tal barnmorskor, några från mödravården men de flesta från kvinnokliniken som tillsammans bildar en hemförlossningsgrupp. Region Västerbottens tillhandahåller under två veckor runt beräknad förlossning, en beredskapsersättning om cirka 20 kronor per timme samt full betalning för bedömningar och aktiv handläggning av förlossningen.

Kvinnan som föder hemma söker inget bidrag och betalar ingen avgift för förlossningen, men får själv tillhandahålla underlägg, handdukar, papper, soppåsar, bindor, etcetera.

---

[15] Rutin fastställd 2017-11-17 att gälla inom kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus. Barium-id 24419

[16] Uppgifter inhämtade 2019 01-15 från Karin Afzelius, barnmorska inom hemförlossningsgruppen i Umeå.

För att Region Västerbotten ska bekosta en hemförlossning ska vissa kriterier vara uppfyllda. Samma kriterier gäller både för förstföderskor och för omföderskor. Kvinnan ska vara frisk och graviditeten normal och fullgången. Fostret ska ligga i huvudändläge och kvinnan ska vara bosatt inom en radie av tre mil, det vill säga cirka 30 minuters körtid till sjukhuset enkel väg. Kvinnan eller föräldraparet ska i graviditetsvecka 35 träffa en förlossningsläkare för att utesluta eventuella risker, få ytterligare information och slutligen godkännas för hemförlossning. Ibland görs även ett ultraljud för kontroll av placentaläge.

Det är cirka sex kvinnor per år som önskar hemhemförlossning men få, en till två, av dessa föder hemma. För det mesta beror det på att barnen föds utanför beredskapsperioden eller på arbetspass som inte kan täckas. Det blir extra svårt att erbjuda hemförlossning under perioder med lite personal som under jul-och nyårshelgerna eller under sommarsemestern.

4.3 Norden

I Danmark, Norge och Island ingår hemförlossning som en del i vårdorganisationen och bekostas via skattesystemet, men med regionala avvikelser i både Norge och Island.

I Danmark väljer två av hundra gravida kvinnor att föda i hemmet. I Norge och på Island är andelen en på hundra – i Sverige, en på tusen. Det visar en kartläggning som gjorts av forskare vid Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet[17].

I Danmark, Norge och Island finns nationella riktlinjer som anger vilka kriterier som bör uppfyllas för att förlossningen ska ske i hemmet. I Sverige saknas sådana riktlinjer. I Region Stockholm och Region Västerbotten finns regionala riktlinjer.

[17] Praxis and guidelines for planned homebirds in the Nordic countries – An overview. Helena Lindgren, Hanne Kjaergaard, Olof Asta Olafsdottir, Ellen Blix

Land	Fri tillgång till barnmorska	Nationella riktlinjer	Offentlig finansiering
Danmark	Ja	Ja	Ja
Norge	Geografiska skillnader	Ja	Ja
Island	Geografiska skillnader	Ja	Ja
Sverige	Geografiska skillnader	Nej	Nej Undantag Region Stockholm och Västerbotten

Tabell 4. Jämförelse avseende nationella riktlinjer och offentlig finansiering.[18]

Danmark är det land som har flest hemförlossningar i Norden. Där finns nationella riktlinjer för verksamheten och varje region ansvarar för att tillhandhålla hemförlossning. Vid vissa förlossningskliniker ansvarar en särskild grupp barnmorskor för hemförlossningar. Vid andra kliniker har samtliga barnmorskor det ansvaret. Även om läkare rekommenderat att förlossningen bör ske på sjukhus kan kvinnan ändå välja att föda hemma och hon har då rätt till en offentligt finansierad barnmorska som stöd. I möte med utredningens referensgrupp konstateras att detta inte är ett tillvägagångssätt som barnmorskor i Region Stockholm är beredda att tillämpa.

I Danmark finns också två fristående team för hemförlossning. Det ena verkar främst i Köpenhamn och finansieras av kvinnan själv. De utför endast en mindre del av hemförlossningarna. Det andra teamet har ett avtal med Region Själland. De deltar i alla hemförlossningar på Själland och kostnaderna finansieras av regionadministrationen. Dessa förlossningar på Själland utgör cirka 20 % av alla hemförlossningar. Sjukhusanställda barnmorskor assisterar resterande hemförlossningar.

Barnmorskorna i Danmark har rätt att förskriva vissa läkemedel för användning vid förlossning i hemmet.

[18] Från presentation av Helena Lindgren, barnmorska och docent med inriktning mot reproduktiv hälsa.

4.4 Nederländerna

I Nederländerna[19] är förlossningstraditionen annorlunda jämfört med den i Sverige. Där har fram tills de senaste åren en frisk mamma med en normal graviditet planerats att föda hemma. Tills ganska nyligen föddes drygt 50 % av alla barn i Nederländerna i hemmet, men idag genomförs cirka 13-14% av alla förlossningar i hemmet, cirka 30 % på sjukhus och resten vid s.k. Birth centers eller geboortecentrum. En utredning presenterades för ca tio år sedan som visade risker med att föda hemma, varför hemförlossningarna kraftigt minskade. Därefter framkom att studiens resultat var feltolkat.

Geboortecentrum är barnmorskeledda enheter utanför sjukhus, där lågriskkvinnor kan välja att föda. Efter födseln erbjuds stöd i hemmet av "kraamzorg", en sköterska som hjälper till med amningsråd, barnskötsel, hushållssysslor och annat som den nyblivna mamman kan behöva stöd i. Kostnaderna täcks normalt av sjukförsäkringen. För den som vill föda på förlossningsklinik utan medicinska indikationer, tillkommer en avgift för detta på cirka €400. Nederländerna har till skillnad från Norden också en annan infrastruktur som ett litet, förhållandevis tättbefolkat land och med geografisk närhet till sjukhus.

4.5 Europadomstolen och WHO

I Metodrådets HTA-rapport från 2013 tas kvinnans rätt om att välja förlossningsplats upp.

"Varje kvinna har rätt att välja var hon vill föda. Detta har även stadfästs av Europadomstolen[20]. Att väga personliga preferenser mot medicinska rekommendationer och risker för det väntade barnet är en grannlaga uppgift speciellt som konsekvenserna kan bli livsavgörande. --- Från internationella studier kan man dra slutsatsen att somliga kvinnor fortsättningsvis kommer att välja att föda hemma oavsett rekommendationer, i vissa fall utan assistans av barnmorska och oavsett ekonomiska subventioner eller ej. Närvaron av en barnmorska eller annan person med kompetens att hantera förlossningen kan vara avgörande för utgången. Av den anledningen har WHO som målsättning att alla kvinnor ska ha en "skilled birth attendant" vid sin sida under förlossningen."[21]

[19] Uppgifter inhämtade 2019-01-25 av Helena Lindgren, barnmorska och docent med inriktning mot reproduktiv hälsa
[20] Case of Ternovszky v. Hungary, (Application no. 67545/09), 14 december 2010
[21] Ur Metodrådet, Health Technology Assessment, HTA-rapport 2013:6 Risker med planerad hemförlossning för förstföderskor.

5 Synpunkter från förlossningsklinikerna

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har i brev (se bilaga 1) till tf. sjukhusdirektör Karolinska Universitetssjukhuset samt till respektive VD vid Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och BB Stockholm, ställt följande frågor

- Hur ser ni på möjligheterna att implementera hemförlossning som en del av förlossningsverksamheten?
- Under vilka förutsättningar kan sjukhuset tänka sig att bedriva hemförlossning (t ex vad gäller avtal, ekonomiska och personella resurser)?

Samtliga har inkommit med svar. Samtliga har också ställt sig positiva till och sett nödvändigheten i att hemförlossningarna formaliseras i avtal. Detta främst av valfrihetsskäl och att man vill bevara mångfalden. Därutöver har samtliga avböjt möjligheten att vara avtalspart och hysa verksamheten inom sina respektive kliniker och ansvarsområden. Skälen till att man väljer att avstå, är främst att man anser att verksamheten utgör en patientsäkerhetsrisk för både kvinna och barn, att det inte är resurseffektivt, att man inte kan garantera de högt ställda kraven man har på en förlossningsverksamhet, bristande möjlighet till insyn i verksamheten samt att det inte ingår i uppdraget för ett universitetssjukhus.

Trots att ingen är intresserad av att ansvara för hemförlossningsverksamheten har ett par förslag till organisation presenterats.

- Samtliga gravida som önskar föda hemma hänvisas till en utvald klinik i Stockholm. Denna klinik tar då ansvar för journalhantering, avvikelsehantering, att lagar följs etc. Eventuellt kan man tänka sig att barnmorskorna anställs på kliniken i fråga. Samarbetet sker med alla kliniker i Stockholm baserat på var den gravida kvinnan bor och alla kliniker delar då på ovan beskrivna.
- Hemförlossningen bildar ett helt eget verksamhetsområde med en egen verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare och avtal med Region Stockholm samt eventuellt också egna anställda.

I flera av svaren framhålls vikten av att följande delar av verksamheten måste vara säkrade

- Journalhantering (var förvaras journaler efter hemförlossning)?
- Eventuella avvikelser eller Lex Maria (vem ansvarar för detta)?
- Uppföljning/Resultatredovisning avseende på medicinskt utfall (vem gör det)?
- Anställning för hemförlossningsbarnmorskor
- Medicinskt ansvarig läkare ska finnas
- Hur ska organisation kring de kvinnor som önskar föda hemma se ut?

I samband med utredningens slutförande visade BB Stockholm intresse för att bedriva hemförlossningsverksamhet. En liten, väl, avgränsad verksamhet med barnmorskor skulle kunna knytas till BB Stockholm. Vårdgivaren ställer sig positiva till att kvinnor i Region Stockholm ges möjlighet att föda barn hemma och anser att det är rimligt att denna verksamhet ersätts med offentliga medel.

De uppfattar att det finns en del ”tekniska” och praktiska frågor som måste lösas. Det är också viktigt att krav på kvalitet, juridiska krav och uppföljning sker inom hemförlossningsverksamheten på samma sätt som för annan verksamhet inom vården oavsett om den sker på sjukhus, inom öppenvård eller som i detta fall i patientens/parets eget hem.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömning är att ett antal juridiska, ekonomiska och medicinska frågor kring en sådan lösning bör utredas närmare innan ett konkret avtalsarbete kan ta vid. En djupare analys krävs också kring hur en sådan lösning skulle komma att påverka övriga förlossningsverksamhet.

6 Avtalsformer

Kriterierna för godkännande av vårdgivare vid hemförlossning är få och de fastställdes 2003. De reglerar att verksamheten ska bedrivas i företagsform, antal barnmorskor vid förlossning, att vårdprogram ska följas, att journal ska upprättas samt hur ersättning ska utbetalas. Ett mindre tillägg gjordes 2016 med bland annat skärpta krav på företagets registrerade verksamhetsprofil samt registerutdrag från vårdgivarregistret. Dessa godkännandekriterier skiljer sig från uppdragsbeskrivningen för regionens ordinarie förlossningsverksamhet där krav ställs på bland annat kompetens, kvalitet, utrustning, hygien, omhändertagande av barnet, ledningssystem, elektroniskt journalsystem, hantering av personuppgifter och uppföljning av verksamheten. Inom den gängse förlossningsverksamheten finns även krav på namngiven verksamhetschef, samt medicinsk ansvarig om verksamhetschef inte är läkare.

Region Stockholm är som huvudman ansvarig för att den vård som bedrivs är medicinskt säker och uppfyller aktuella lagar och förordningar. De avtalsformer Region Stockholm har med vårdgivare utgör en bas för att säkerställa dessa förhållanden och de instrument som finns för uppföljning. Inom förlossningsvården utgör regionens ordinarie förlossningsverksamhet den basen. Hemförlossningar bör upprätthålla samma standard som övrig sjukvård om de erbjuds inom ramen för det ordinarie vårdutbudet. Idag finns inga sådana avtal som reglerar hemförlossningarna.

Oavsett vilken avtalsform som skulle kunna bli aktuell, förutsätter den att en tydlig kravspecifikation tas fram. Den ska beskriva uppdraget, målgruppen och med vilken kvalitet uppdraget ska utföras. Ersättningsmodell behöver också utarbetas.

I det följande beskrivs ett antal olika möjligheter till avtalsreglerad hemförlossning. Gemensamt är att alla avtal ska följa den struktur och det generella

regelverk som gäller för vårdavtal som Region Stockholm tecknar med vårdgivare. Det gäller exempelvis regler för kvalitetsledningssystem, uppföljningsplan, rapporteringskrav, digitalisering, läkemedelshantering, ersättningsvillkor och journalhantering.

Utredningen har tittat närmare på tre huvudalternativ med ett antal varianter.

1. Hemförlossning som fristående verksamhet
   - Upphandling enligt LOV
   - Upphandling enligt LOU
   - Direktavtal med verksamhet i egen regi
2. Hemförlossning knuten till förlossningsklinik
   - Tilläggsuppdrag till basuppdrag till befintligt LOV, eller LOU kopplat till förlossningsuppdraget
   - Upphandling enligt LOU
   - Direktavtal med verksamhet i egen regi
3. Hemförlossning knuten till barnmorskemottagning
   - Upphandling enligt LOV
   - Upphandling enligt LOU
   - Direktavtal med verksamhet i egen regi

Region Stockholm har tidigare prövat ett förslag med förlossningspeng eller ”checksystem” för hemförlossning för antingen barnmorskan eller kvinnan och funnit att det inte är förenligt med hälso- och sjukvårdslagen att Region Stockholm på ett vårdområde åtar sig att ersätta den enskildes utlägg för egna köp av hälso- och sjukvårdstjänster, istället för att själv tillhandahålla vården eller överlämna uppgiften till en annan vårdgivare genom avtal. [22]

Nedanstående förutsättningar bör vara uppfyllda om hemförlossning ska konkurrensutsättas genom Lagen om valfrihet (LOV) eller Lagen om offentlig upphandling (LOU):

- det finns en marknad, det vill säga flera vårdgivare förväntas verka inom vårdområdet
- uppdrag, inklusive målgrupp, går tydligt att beskriva och avgränsa
- uppdrag går att ersätta med en enkel, tydlig och transparant modell
- pris- och ersättningsnivåer kan sättas och underhållas
- uppdrag går att följa upp och kvalitetsindikatorer kan formuleras
- samverkan mellan olika vårdgivare, vårdområden och vårdnivåer kan behållas och utvecklas
- FoUU och dess förutsättningar kan stödjas.

Det finns flera parametrar som kommer att vara desamma oavsett avtalsform. Exempel på detta är att kostnaden för att inordna hemförlossning i avtal kommer bli högre än dagens kostnad bland annat beroende på att prisnivån

[22] SLL Juridik och upphandling, juridiska avdelningen. ”Checksystem” för hemförlossning – juridiska förutsättningar. 2018-02-15

kommer innehålla ett visst mått av risk, kompetensnivån blir svår att garantera med låga volymer, det är svårt att fastställa rätt prisnivå, administrationskostnaden ökar, det kan komma krävas överkapacitet på förlossningsrum och av barnmorskor etc.

6.1 Hemförlossning som fristående verksamhet - Alternativ 1

6.1.1 Upphandling enligt LOV

LOV - Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Stockholm kan utveckla ett eget vårdval för hemförlossning. Förutsättningen enligt ovan, om att det finnas en marknad, bör vara uppfylld om hemförlossning ska konkurrensutsättas genom Lagen om valfrihet (LOV) eller Lagen om offentlig upphandling (LOU). Utredningen har bedömt att denna marknad inte finns. En beskrivning av alternativen presenteras ändå nedan.

Vid upphandling enligt LOV kan alla som är intresserade och uppfyller de ställda kraven, lämna in ansökan om avtal. Ansökningar kan lämnas in löpande under hela den period som Region Stockholm beslutat att verksamheten ska finnas. För de flesta vårdval gäller obestämd tid.

Att etablera från sjukhusen helt fristående hemförlossningsverksamheter kommer troligen leda till höga kostnader, inte minst eftersom dagens verksamhet är av så ringa omfattning. Att välja att upphandla verksamheten fristående från förlossningsklinikerna blir därmed att jämställa med en intention om att kraftigt utöka verksamheten, samtidigt som den ordinarie förlossningsverksamheten redan är ansträngd. Vilka konsekvenserna för den ordinarie förlossningsvården skulle bli av att en större hemförlossningsverksamhet byggs upp är inte belysta, varför förvaltningen inte kan rekommendera det tillvägagångssättet innan konsekvenserna fullt ut analyserats.

Fördelar vid utveckling av hemförlossning som fristående verksamhet, eget vårdval, är att

- tillgängligheten skulle kunna öka. Förvaltningens bedömning är att vårdval generellt sett är en bra avtalsform eftersom den kan ge en mångfald av vårdgivare som kan bidra till förbättrad tillgänglighet och jämlikhet samt öka valfriheten.
- ett vårdvalsavtal är ett flexibelt avtal. Avtalet är relativt enkelt att justera och därmed att anpassa till nya rutiner eller riktlinjer, till exempel vid införande av nya läkemedel eller nytt arbetssätt.
- avtal enligt LOV är en snabbare process att utveckla, jämfört med andra avtalsformer.

Nackdelar vid utveckling av hemförlossning som fristående verksamhet, eget vårdval är att

- det skulle omfatta en mycket liten patientgrupp, idag cirka 80 personer per år. Patientgruppen kan förväntas öka om hemförlossning skulle ingå i det ordinarie vårdutbudet.
- den kostnad som Region Stockholm kan förväntas få i det fall verksamheten blir ett eget fristående vårdval, är helt beroende på vilka krav som kommer att ställas i förfrågningsunderlaget. Generellt gäller att ju högre krav, desto högre kostnad och priset kommer bli svårt att fastställa.
- kostnaden för eget fristående vårdval blir sannolikt högre än dagens kostnad för hemförlossning, vilket är fallet oavsett vilken avtalsform som kan bli aktuell. Ska verksamheten bemannas med egna anställda barnmorskor ska dessa uppbära lön året runt i ställer för dagens ersättning per förlossning. Kostnaden per förlossning om antalet är 100 per år, blir då hög för att täcka den lön för det stora antal barnmorskor som behövs för att klara schemaplanering för helårsberedskap. Ersättningen ska täcka två barnmorskor per förlossning samt sedvanliga kostnader för semester, fortbildning, föräldraledighet med mera. Om underkonsulter används är det sannolikt att dessa i övrigt arbetar inom förlossnings- eller mödravården, varför vakanser kan uppträda där.
- kompetensnivån för anställda i fristående verksamhet blir svår att upprätthålla med dagens låga volymer.
- i vårdvalsavtal är det Region Stockholm som bestämmer den ersättning som ska utgå. I dagsläget vet förvaltningen inte vilken faktisk kostnad som vårdgivarna (hembarnmorskorna) har, eftersom ingen kostnadsuppföljning görs. Det gör det svårt att från början fastställa rätt pris och ersättning. Om produktionsvolymerna ökar mer än förväntat, finns det små möjligheter att kontrollera kostnadsökningen.
- administrationen av vårdvalsavtal är förknippad med en kostnad. Kostnaden beräknas också bli betydligt högre per patient jämfört andra vårdval givet den i sammanhanget mycket lilla patientgruppen.

6.1.2 Upphandling enligt LOU

LOU - Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Det har sedan 1 januari 2019 kommit nya regler inom LOU som skulle kunna möjliggöra en betydligt enklare upphandling av denna vårdtjänst. De förutsättningar som beskrevs i inledningen gällande upphandling enligt LOV gäller även upphandling enligt LOU.

Fördelar vid val av upphandling enligt LOU är att

- Region Stockholm kan välja utvärderingsmodell av anbuden. Regionen kan antingen sätta ett fast pris och tilldela den eller de vårdgivare som levererar bäst kvalitet. Eller så kan den eller de vårdgivare som levererar given kvalitet till lägst pris vinna avtalet. Ju större volymer som kan förutspås i uppdraget desto lägre tenderar priset att kunna bli.
- upphandling enligt LOU är en stabil avtalsform då det är beslutat vilka vårdgivare som finns under avtalets giltighetstid. Utveckling och innovation kan gynnas vid

större enheter eftersom det kan leda till investeringskostnader som är lättare att bära.

Nackdelar vid val av upphandling enligt LOU är att

- om verksamheten framöver ökar eller minskar, kan det leda till volymer som inte är beställda.
- dagens verksamhet är av en liten omfattning, cirka 80 hemförlossningar per år.
- LOU-avtal gäller under en längre period varför de är svåra att revidera vid behov, till exempel vid nya rutiner eller riktlinjer, införande nya läkemedel eller vid nytt arbetssätt.
- LOU är en låst avtalsform och det är svårt att säkerställa att vårdgivarna tar till sig framtida nyutveckling och innovation.
- kostnaden för Region Stockholm är svår att beräkna eftersom det är anbudsgivarna som preciserar den ersättning som krävs för att driva verksamheten. Ju högre ställda krav desto högre kostnader. Följande räkneexempel bygger på de nyligen upphandlade prehospitala läkartjänsterna[23] och belyser en möjlig kostnadsbild: Om en verksamhet skapas för cirka 50 miljoner kronor per år ger det en styckkostnad per förlossning på 500 000 kronor vid 100 hemförlossningar per år. Först vid cirka 2000 hemförlossningar årligen, blir kostnaden jämförbar med den ersättning Region Stockholm betalar sjukhusen för en normal förlossning.
- osäkerheten om framtida volymer i kombination med att volymerna är tämligen små, leder sannolikt också till en hög kostnad per förlossning då en anbudsgivare alltid räknar in risk i sitt anbudspris.

6.1.3 Direktavtal med verksamhet i egen regi

Att bygga upp en fristående verksamhet för hemförlossning parallellt med att bedriva förlossning i den ordinarie vårdvalsverksamheten är en teoretisk möjlighet, men troligen inte sannolik. Detsamma gäller vid ett avtalstecknande med SLSO om en fristående förlossningsverksamhet.

[23] Tjänsteutlåtande 2017-10-16 Antagande av leverantör - upphandling av prehospital läkartjänst HSN 2017 – 0193 https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2017/171121/46-antagande-av-leverantor---upphandling-av-prehospital-lakartjanst.pdf

6.2 Hemförlossning knuten till förlossningsklinik – Alternativ 2

6.2.1 Tilläggsuppdrag i vårdval förlossning enligt LOV, eller LOU kopplat till förlossningsuppdraget

Ett tilläggsuppdrag till vårdval förlossning kan vara frivilligt och då kan alla förlossningsenheter teckna det. Det betyder samtidigt att kraven i vårdvalsuppdraget bör uppfyllas även för tilläggsuppdraget, exempelvis kompetens och resurser för neonatal vård, operation och intensivvård. Det är inte lämpligt att göra ett tilläggsuppdrag som har andra villkor än huvudavtalet även om det juridiskt sett inte finns några hinder.

I stället för ett tilläggsuppdrag i vårdvalet är det också möjligt att genomföra en upphandling enligt LOU kopplad till befintligt förlossningsuppdrag.

Ett tilläggsuppdrag till vårdval förlossning kan också vara tvingande, men det tillvägagångssättet kan tillämpas enbart för Karolinska Universitetssjukhuset och då med koppling till huvudavtalet. Södersjukhuset, Danderyds Sjukhus och Södertälje Sjukhus är egna bolag med egna organisationsnummer. Vid en eventuell förändring av deras verksamhetsuppdrag måste i så fall dessa avtal omförhandlas eller kompletteras. Karolinska Universitetssjukhuset har samma organisationsnummer som hälso- och sjukvårdsförvaltningen, vilket möjliggör att lägga tvingande uppdrag där. Att förlägga hemförlossningsuppdraget på Karolinska Universitetssjukhuset ligger dock inte i linje med sjukhusets uppdrag om högspecialiserad vård.

I sin skrivelse (bilaga 3) har BB Stockholm redovisat en mycket preliminär första kostnadsbedömning. ”En snabb uppskattning är att två barnmorskor är närvarande vid födseln och ska båda avlönas för detta (totalt 12x2 timmar). Dessutom har en av dem kontakt med paret innan födsel och sköter BB-vård i hemmet (10 timmar). Vid en grov uppskattning av lönekostnader skulle detta kunna röra sig om totalt 34 timmar som ska ersättas för 1-2 barnmorskor inklusive ob-tillägg. Kostnaden för detta uppskattar vi till 17 740 kr. Kostnad för läkemedel till kvinnan och det nyfödda barnet (oxytocin, K-vitamin och eventuellt läkemedel för lokalbedövning samt annan utrustning för hem födsel) uppskattat till 1500 kr/patient. Dessutom tillkommer resor i egen bil och där finns en milersättning som enligt skatteverket motsvarar 18.50/mil. Ersättningsnivån skulle sannolikt som lägst ligga kring 20 000 kr per födsel för att vara kostnadstäckande.”

Fördelar vid val av hemförlossning knuten till förlossningsklinik som tilläggsuppdrag till vårdval förlossning är att

- avtalet går att relativt enkelt justera och anpassa utifrån nya rutiner och riktlinjer till exempel för nya läkemedel eller nytt arbetssätt.
- det är en snabbare process att utveckla tilläggsavtal enligt LOV jämfört med andra avtalsformer.

- göra ett tilläggsuppdrag till förlossningsklinikerna är smidigt eftersom det redan finns befintliga avtal samt en fungerande verksamhet och organisation.
- förvaltningen har godkända vårdgivare inom vårdval förlossning vilket kan effektivisera processen ytterligare. Förutsättningen är att någon vårdgivare vill ansöka om tilläggsavtal.
- eftersom ett vårdval har utvecklats inom förlossning kommer administrationen för tilläggsuppdrag bli enklare än om ett helt nytt avtal utvecklas. Det finns exempelvis redan en ersättningsmodell för förlossning.

Nackdelar vid val av hemförlossning knuten till förlossningsklinik som tilläggs-uppdrag till vårdval förlossning är att

- eftersom det finns befintliga avtal om förlossning med många högt ställda krav på exempelvis kvalitet och resurser, uppstår svårigheter att hantera ett tilläggsavtal med lägre ställda krav för i grunden samma verksamhet.
- om tilläggsuppdraget inte görs obligatoriskt kan vårdgivare relativt lätt säga upp sitt åtagande.
- ett tillägg till vårdval förlossning är frivilligt att teckna varför det kan komma att bli svårt att få en geografisk spridning av verksamheten
- det är arbetsgivarmässigt svårt att klara beredskapsbemanning utan att samtidigt använda barnmorskor i ordinarie tjänst. Kliniken tappar ersättning som barn-morskorna annars skulle bidragit till. Kostnaden per hemförlossning innebär då både kostnaden för att assistera i hemmet inklusive beredskap, samt utebliven intäkt för två barnmorskors ordinarie tjänst under cirka fyra veckor.
- i det fall det kan vara av kvinnan okända barnmorskor som åker hem till henne och att barnmorskorna skulle arbeta normala arbetspass, behöver förlossningskliniken, för att alltid vara redo att skicka ut två barnmorskor till en hemförlossning, ha en överkapacitet på två barnmorskor dygnet runt under hela den tid det finns anmälda hemförlossningar. Eftersom godkännandebeslut om hemförlossning fattas i vecka 36 gör den korta framförhållningen det troligt att extra bemanning måste förevara året runt.

6.2.2 Upphandling enligt LOU

LOU - Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Det har sedan 1 januari 2019 kommit nya regler inom LOU som skulle kunna möjliggöra en betydligt enklare upphandling av denna vårdtjänst. De förut-sättningar som beskrevs inledningsvis gällande upphandling enligt LOV gäller även upphandling enligt LOU.

Fördelar vid val av upphandling enligt LOU är att

- Region Stockholm kan välja utvärderingsmodell av anbuden. Regionen kan antingen sätta ett fast pris och tilldela den eller de vårdgivare som levererar bäst kvalitet. Eller så kan den eller de vårdgivare som levererar given kvalitet till lägst

pris vinna avtalet. Ju större volymer som kan förutspås i uppdraget desto lägre tenderar priset att kunna bli.

- upphandling enligt LOU är en stabil avtalsform då det är beslutat vilka vårdgivare som finns under avtalets giltighetstid. Utveckling och innovation kan gynnas vid större enheter eftersom det kan leda till investeringskostnader som är lättare att bära.

Nackdelar vid val av upphandling enligt LOU är att

- om verksamheten framöver ökar eller minskar, kan det leda till volymer som inte är beställda.
- dagens verksamhet är av en liten omfattning, cirka 80 hemförlossningar per år.
- LOU-avtal gäller under en längre period varför de är svåra att revidera vid behov, till exempel vid nya rutiner eller riktlinjer, införande nya läkemedel eller vid nytt arbetssätt.
- LOU är en låst avtalsform och det är svårt att säkerställa att vårdgivarna tar till sig framtida nyutveckling och innovation.
- kostnaden för Region Stockholm är svår att beräkna eftersom det är anbudsgivarna som preciserar den ersättning som krävs för att driva verksamheten. Ju högre ställda krav desto högre kostnader.
- osäkerheten om framtida volymer i kombination med att volymerna är tämligen små, leder sannolikt också till en hög kostnad per förlossning då en anbudsgivare alltid räknar in risker i sitt anbudspris.

6.2.3 Direktavtal med verksamhet i egen regi

Region Stockholm kan lägga ett sidouppdrag till regiondrivet sjukhus som har förlossningsklinik. Det förutsätter att avtalstecknandet är frivilligt och parterna är överens om innehållet. I annat fall är sidouppdrag enbart möjligt att tilldela Karolinska Universitetssjukhuset då det är samma juridiska person som hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

6.3 Hemförlossning knuten till barnmorskemottagning – Alternativ 3

Till barnmorskemottagningen går blivande föräldrar under en graviditet. Uppdraget består idag av tre delar; graviditetsövervakning och eftervård, insatser för familjeplanering samt deltagande i den organiserade screeningen för cervixcancer.

Eftersom förlossningsverksamhet är en dygnet-runt-verksamhet, uppstår en helt ny bemanningssituation om hemförlossningar skulle knytas till barnmorskemottagningar. En barnmorskemottagning är idag enbart öppen vardagar 8 - 17.

6.3.1 Upphandling enligt LOV

Ett tilläggsuppdrag till vårdval barnmorskemottagning kan vara frivilligt och då kan alla barnmorskemottagningar teckna det. Det betyder samtidigt att kraven i vårdvalsuppdraget bör uppfyllas även för tilläggsuppdraget.

Ett tilläggsuppdrag till vårdval barnmorskemottagning kan också vara tvingande, men det tillvägagångssättet kan tillämpas enbart vid mottagningar i SLSO:s egen regi.

Fördelar vid val av hemförlossning knuten till barnmorskemottagning som tilläggsuppdrag till vårdval barnmorskemottagning är att

- tillgängligheten skulle kunna öka. Förvaltningens bedömning är att vårdval generellt sett är en bra avtalsform eftersom den kan ge en mångfald av vårdgivare som kan bidra till förbättrad tillgänglighet och jämlikhet samt öka valfriheten.
- avtalet går att relativt enkelt justera och anpassa utifrån nya rutiner och riktlinjer till exempel för nya läkemedel eller nytt arbetssätt.
- det är en snabbare process att utveckla tilläggsavtal enligt LOV jämfört med andra avtalsformer.
- göra ett tilläggsuppdrag till barnmorskemottagningarna är smidigt eftersom det redan finns befintliga avtal samt en fungerande verksamhet och organisation.
- förvaltningen har godkända vårdgivare inom vårdval barnmorskemottagning vilket kan effektivisera processen ytterligare. Förutsättningen är att någon vårdgivare vill ansöka om tilläggsavtal.

Nackdelar vid val av hemförlossning knuten till barnmorskemottagning som tilläggsuppdrag till vårdval barnmorskemottagning är att

- det är en helt ny verksamhetsform som kommer att ta lång tid att etablera.
- det är arbetsgivarmässigt svårt att klara beredskapsbemanning för dygnet-runt-verksamhet.
- det kan komma bli svårt att få en geografisk spridning av verksamheten
- om tilläggsuppdraget inte görs obligatoriskt kan vårdgivare relativt lätt säga upp sitt åtagande.
- i det fall det kan vara av kvinnan okända barnmorskor som åker hem till henne och att barnmorskorna skulle arbeta normala arbetspass, behöver barnmorskemottagningen, för att alltid vara redo att skicka ut två barnmorskor till en hemförlossning, ha en överkapacitet på två barnmorskor dygnet runt under hela den tid det finns anmälda hemförlossningar. Eftersom godkännandebeslut om hemförlossning fattas i vecka 36 gör den korta framförhållningen det troligt att extra bemanning måste förevara året runt.

6.3.2 Upphandling enligt LOU

LOU - Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Det har sedan 1 januari 2019 kommit nya regler inom LOU som skulle kunna möjliggöra en betydligt enklare upphandling av denna vårdtjänst. De förutsättningar som beskrevs inledningsvis gällande upphandling enligt LOV gäller även upphandling enligt LOU.

Fördelar vid val av upphandling enligt LOU är att

- Region Stockholm kan välja utvärderingsmodell av anbuden. Regionen kan antingen sätta ett fast pris och tilldela den eller de vårdgivare som levererar bäst kvalitet. Eller så kan den eller de vårdgivare som levererar given kvalitet till lägst pris vinna avtalet. Ju större volymer som kan förutspås i uppdraget desto lägre tenderar priset att kunna bli.
- upphandling enligt LOU är en stabil avtalsform då det är beslutat vilka vårdgivare som finns under avtalets giltighetstid. Utveckling och innovation kan gynnas vid större enheter eftersom det kan leda till investeringskostnader som är lättare att bära.

Nackdelar vid val av upphandling enligt LOU är att

- om verksamheten framöver ökar eller minskar, kan det leda till volymer som inte är beställda.
- dagens verksamhet är av en liten omfattning, cirka 80 hemförlossningar per år.
- LOU-avtal gäller under en längre period varför de är svåra att revidera vid behov, till exempel vid nya rutiner eller riktlinjer, införande nya läkemedel eller vid nytt arbetssätt.
- LOU är en låst avtalsform och det är svårt att säkerställa att vårdgivarna tar till sig framtida nyutveckling och innovation.
- kostnaden för Region Stockholm är svår att beräkna eftersom det är anbudsgivarna som preciserar den ersättning som krävs för att driva verksamheten. Ju högre ställda krav desto högre kostnader.
- osäkerheten om framtida volymer i kombination med att volymerna är tämligen små, leder sannolikt också till en hög kostnad per förlossning då en anbudsgivare alltid räknar in risker i sitt anbudspris.

6.3.3 Direktavtal med verksamhet i egen regi

Region Stockholm skulle kunna ge ett uppdrag till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) att driva en verksamhet för hemförlossning, företrädesvis kopplad till en eller flera barnmorskemottagningar. Gravida kvinnor är för det mesta knutna till en barnmorskemottagning och att knyta hemförlossning till en sådan mottagning möjliggör en hel vårdkedja eftersom verksamheten idag omfattar både gravida och nyligen förlösta.

Av kompetensutvecklingsskäl bör en anställningsform med växelvis tjänstgöring som hembarnmorska och på förlossningsklinik etableras.

Fördelar med hemförlossning knuten till barnmorskemottagning är

- vid direktavtal i egen regi går det att ha en kontinuerlig diskussion för att komma fram till den bästa verksamhetsformen.
- att det är möjligt att bestämma vid vilken barnmorskemottagning hemförlossningsverksamheten ska vara placerad, men med den begränsade omfattning som är idag, antas verksamheten kunna knytas till enbart en eller högst två mottagningar och den geografiska spridningen uteblir.
- regionen har genom avtalet kontroll över kostnader och utvecklingen av dessa.
- att om hemförlossningar knyts till SLSO krävs ett nära samarbete mellan vårdgivaren och förlossningsklinikerna.

Nackdelar vid direktavtal i egenregi är att

- SLSO idag inte har erfarenhet av att ansvara för (hem-)förlossningar, varför avtalsformen skulle innebära start av en helt ny samt dygnet-runt-öppen verksamhet.
- i nuvarande avtal ingår inte insatser som kräver akutsjukhusets resurser.
- det förekommer inte priskonkurrens vid avtal med egenägd verksamhet varför det finns risk för sammantaget höga kostnader.
- frågan om hur barnmorskemottagningarna i kontakt med vald förlossningsklinik skulle kunna tillhandahålla en ledig förlossningsplats om kvinnan behöver komma in till sjukhus. Att hålla en tom sal under hela den tid förlossningen pågår i hemmet, skulle innebära en minskad kapacitet att ta emot andra födande.

6.4 Utredningens förslag till val av avtalsform

Av de exempel som presenteras ovan förordar utredningen alternativ 2 – hemförlossning knuten till förlossningsklinik. Skälen till detta är att befintliga strukturer, ramverk, organisation med mera, är sedan länge etablerade går att återanvända. Ansvarsfrågan är tydlig och frågor om exempelvis patientsäkerhet och kvalitetsledningssystem är inordnade i den gängse verksamheten. Frågan om barnmorskornas kontinuerliga kompetensutveckling blir också förhållandevis enkel att organisera i ordinarie rutiner.

Hemförlossning som fristående verksamhet bedöms kunna bli relativt kostsam och marknaden uppfattas som begränsad.

Hemförlossning knuten till barnmorskemottagning skulle innebära start av en helt ny dygnet-runt-verksamhet med koppling till akutsjukhus. Erfarenheter och strukturer från redan etablerad verksamhet skulle därmed inte tas till vara.

7 Diskussion och slutsatser

Hemförlossningar har genom åren etablerat sig som en permanent vårdform inom Region Stockholm. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under utredningstiden uppmärksammat en rad omständigheter som visar att dagens verksamhet inte går att behålla. Bristerna i dagens verksamhet bedöms vara så allvarliga att hälso-och sjukvårdsförvaltningen föreslår att verksamheten i sin nuvarande form upphör.

Verksamhet som bedrivs med offentliga medel bör möta lagstiftarens krav inom en rad olika områden. Det finns krav på god vård, patientsäkerhet och god ekonomisk hushållning. Verksamhet ska ledas och kontrolleras på ett systematiskt sätt, risker ska undanröjas och följas upp. Dagens verksamhet med hemförlossningar kan inte sägas möta kraven på patientsäkerhet. I sin nuvarande form bedöms hemförlossningar därför inte kunna fortsätta.

Om hemförlossningar ska erbjudas inom det ordinarie vårdutbudet bör de möta samma krav som övrig förlossningsvård. En tydligare reglering av verksamheten är därför nödvändig. Om hemförlossningar ska ha en fortsatt offentlig finansiering bör verksamheten också erbjudas och tillgängliggöras för kvinnor bosatta i hela länet, för att möjliggöra jämlik vård.

Att vara gravid är ingen sjukdom. Att föda barn är naturligt. En graviditet kan emellertid leda till sjukdom och en förlossning kan plötsligt hamna i ett allvarligt läge och det kan bli nödvändigt att snabbt sätta in åtgärder för att hjälpa kvinnan och eller barnet.

Forskning och studier visar att föda hemma för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning, innebär en väldigt liten risk. I det sammanhanget är det viktigt att inse att all riskbedömning görs på en stor population, medan en avvikelse, dvs. när en akut och allvarlig situation ändå uppstår, sker på individnivå.

För att kunna erbjuda en god vård krävs hög kompetens. För att bibehålla kompetensen krävs regelbunden träning och utveckling. För att få en kontinuerlig kompetensutveckling bör barnmorskor som arbetar med hemförlossningar i Region Stockholm i första hand knytas till en förlossningsklinik.

Vid förfrågan från hälso- och sjukvårdsförvaltningen var inledningsvis ingen förlossningsklinik i regionen beredd att ta ansvar för hemförlossningar. Den främsta orsaken är att man inte anser sig kunna ansvara för patientsäkerheten. I samband med utredningens slutförande visade en förlossningsklinik ändock intresse för att bedriva hemförlossningsverksamhet. En liten och väl avgränsad verksamhet med hembarnmorskor skulle kunna knytas till BB Stockholm.

Ett antal juridiska, ekonomiska och medicinska frågor kring en sådan lösning behöver dock utredas närmare innan ett mer konkret avtalsarbete kan ta vid. En djupare analys krävs också kring hur en sådan lösning skulle komma att påverka övrig förlossningsverksamhet.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ser det inte som ett alternativ att kräva att en förlossningsklinik tar på sig uppdraget med hemförlossningar. Möjligheten ligger i så fall i ett frivilligt tilläggsuppdrag som den som redan har ett avtal inom förlossning kan ansöka om eller i en upphandling som riktas till vårdgivare som redan bedriver förlossningsverksamhet. Utredningen har konstaterat att majoriteten av förlossningsklinikerna i dagsläget inte är intresserade av hemförlossningsverksamheten.

Att sjukhusen ändå rekommenderar hälso- och sjukvårdsförvaltningen att även fortsättningsvis låta denna möjlighet finnas kvar för kvinnor som uppfyller dagens kriterier för hemförlossning, handlar dels om valfrihet och mångfald i förlossningsvården, dels - och framför allt - om barnperspektivet. Barnen är skyddslösa, utan möjlighet att välja och har rätt till en säker födsel. För de barn vars föräldrar väljer att föda hemma och inte ser sjukhusförlossning som ett alternativ, är det säkrare att födas med en barnmorska närvarande än utan.

Kostnaden för en fristående hemförlossningsverksamhet är troligen dyr eftersom den ställer krav på att verksamheten ska byggas upp från början. Upphandling av en fristående verksamhet kan också komma att påverka övrig förlossningsverksamhet negativt. Att organisera en fristående verksamhet för hemförlossningar innebär indirekt också ett ställningstagande om att verksamheten ska utvecklas och öka i omfattning. Detta kan hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte förorda i dagsläget.

Möjligheten att knyta hemförlossning till vårdval barnmorskemottagning har studerats översiktligt. Även detta alternativ kräver att en dygnet-runt-verksamhet byggs upp från början och skulle innebära en stor förändring jämfört med dagens verksamhet på barnmorskemottagning. Att låta barnmorskemottagningar ansvara för hemförlossningar är det mest oprövade förslaget och kan inte förordas innan det utretts djupare.

För Region Stockholm är inte rätten att välja förlossningsplats ifrågasatt, utan frågan är om förlossning i hemmet ska ingå i det offentligt finansierade vårdutbudet? Utredningen konstaterar att en avtalsreglering för hemförlossningar både riskerar att bli dyr och att det riskerar uppstå en undanträngningseffekt av förlossningar på sjukhus. Sammanfattningsvis föreslår denna utredning att Region Stockholm upphör med offentligt finansierad hemförlossning samt att den i nuläget inte ersätts med avtal i någon form.

Bilageförteckning

Bilaga 1	Hälso- och sjukvårdsdirektörens brev 2018-11-15 till sjukhusdirektörerna inkl. svar, HSN 2018 - 0698
Bilaga 2	Förvaltningens brev och enkät 2019-01-02 till hembarnmorskor inkl. svar, HSN 2018 – 0698
Bilaga 3	Skrivelse från BB Stockholm 2019-04-04, med ett diskussions-underlag och preliminär kostnadsberäkning avseende offentligt finansierade hemförlossningar. HSN 2018 – 0698
Bilaga 4	Anmodansbrev 2019-04-09 till samtliga hembarnmorskor om förtydliganden av tidigare insänt enkätsvar. HSN 2018 – 0698

Referensförteckning

1. Riktlinjer för ersättning från landstinget vid hemförlossning. Hälso- och sjukvårdsutskottet 2003-06-17. LS 0301 – 0030
2. Kartläggning inkl. godkännandekriterier och enkät om landstingsfinansierad hemförlossning i Stockholms läns landsting, 2018-05-22. HSN 2018 – 0698
3. Verkställighetsbeslut 2018-08-14 om att inte under denna utrednings gång godkänna nya hembarnmorskor HSN 2018 – 0698
4. Minnesanteckningar från referensgruppsmöte 2019-01-28
5. Minnesanteckningar från möte med förlossningskliniker 2019-02-11
6. Helena Lindgren, barnmorska och docent med inriktning mot reproduktiv hälsa. Karolinska Institutet. Presentation Hemförlossningar 2019-01-25
7. United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly. New York: UN; 2015. A/RES/70/1. Hämtad från: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
8. Statistikdatabasen. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB); 1946- . Spädbarnsdödlighet, antal barn efter kön, spädbarnsdödlighet och år. [citerad 5 mars 2019]. Hämtad från: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101I/Spadbarnsdodlighet/?rxid=dfe14dc5-fe71-43b3-8281-ca7573774d33
9. Data in Gapminder World. Mortality rate, infant (per 1 000 live births). Stockholm: Gapminder; 2018. [citerad 5 mars 2019]. Hämtad från: https://www.gapminder.org/data/

10. Blankett att underteckna. Bekräftelse på given information. Information till den gravida kvinnan inför valet att föda hemma.
11. Meddelandeblad augusti 2005 Översyn av Socialstyrelsens författningssamling, Upphävande av vissa författningar på hälso- och sjukvårdens område https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9814/2005-1-18_2005119.pdf
12. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
13. Metodrådet, Health Technology Assessment, HTA-rapport 2013:6 Risker med planerad hemförlossning för förstföderskor HSN 1111-1419-9
14. Litteratursammanställning. Avtal om landstingsfinansierad hemförlossning för omföderskor 2017-02-23
15. Rutin fastställd 2017-11-17 att gälla inom kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus. Barium-id 24419
16. Karin Afzelius, barnmorska inom hemförlossningsgruppen i Umeå 2019 01-15
17. Praxis and guidelines for planned homebirds in the Nordic countries – An overview. Helena Lindgren, Hanne Kjaergaard, Olof Asta Olafsdottir, Ellen Blix
18. Helena Lindgren, barnmorska och docent med inriktning mot reproduktiv hälsa. Karolinska Institutet. Presentation Hemförlossningar 2019-01-25
19. Helena Lindgren, barnmorska och docent med inriktning mot reproduktiv hälsa. Karolinska Institutet. 2019-01-25
20. Europadomstolen, Case of Ternovszky v. Hungary, (Application no. 67545/09), 14 december 2010
21. Metodrådet, Health Technology Assessment, HTA-rapport 2013:6 Risker med planerad hemförlossning för förstföderskor HSN 1111-1419-9
22. SLL Juridik och upphandling, juridiska avdelningen. ”Checksystem” för hemförlossning – juridiska förutsättningar. 2018-02-15
23. Tjänsteutlåtande 2017-10-16 Antagande av leverantör - upphandling av prehospital läkartjänst HSN 2017 – 0193 https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2017/171121/46-antagande-av-leverantor---upphandling-av-prehospital-lakartjanst.pdf

Diagram- och tabellförteckning

Diagram 1. Diagrammet visar hur trenden i Sverige förskjutits från att föda hemma till att föda på sjukhus.

Tabell 1. Tabellen visar antal överföring till klinik per år och tidpunkt relaterad födelse.

Tabell 2. Tabellen visar antal förlossningar i Region Stockholm 2018.

Tabell 3. Tabellen visar tillskott av personal i förlossningsverksamheten i Region Stockholm under 2018. I tabellen ingår inte BB Stockholm.

Tabell 4. Tabellen visar en jämförelse avseende nationella riktlinjer och offentlig finansiering i de nordiska länderna utom Finland.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Särskilda vårdfrågor
Individuella vårdärenden

PM
2019-03-26

Diarienummer
HSN 2018 - 0698

Offentligt finansierade hemförlossningar i Region Stockholm

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsdirektörens brev 2018-11-15 till sjukhusdirektörerna inkl. svar.

2018-11-12

HSN 2018-0698
HDIR 18357

Annika Tibell, tf sjukhusdirektör Karolinska Universitetssjukhuset
Yvonne Haglund Åkerlind, VD Danderyds sjukhus AB
Mikael Runsiö, VD Södersjukhuset AB
Christophe Pedroletti, VD Södertälje sjukhus AB
Ingela Wiklund, VD BB Stockholm AB

Förfrågan angående landstingsfinansierad hemförlossning

Stockholms läns landsting finansierar hemförlossningar för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning. Beslutet om landstingsfinansierad hemförlossning togs i Hälso- och sjukvårdsutskottet 2003. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Enheten för individuella ärenden, handlägger ansökningar gällande hemförlossning. Varje ansökan handläggs som ett individuellt ärende då avtal som reglerar uppdraget mellan hembarnmorskorna och förvaltningen gällande hemförlossning inte finns. Ett antal förutsättningar och kriterier måste vara uppfyllda för att ersättning ska erhållas för hemförlossning.

Ärendemängden har successivt ökat. Under 2017 inkom 76 ansökningar från kvinnor som önskade hemförlossning, varav 69 hemförlossningar genomfördes. Under perioden januari till och med oktober 2018 har 76 ansökningar inkommit.

Förvaltningen har gjort en kartläggning av verksamheten för hemförlossning. För att säkerställa uppdrag, kvalitet, juridisk följsamhet och uppföljning är förvaltningens bedömning att verksamheten behöver regleras med avtal. I kartläggningen som förvaltningen gjort beskrivs olika avtalsformer, två av dessa alternativ är att hemförlossning knyts till ett akutsjukhus med förlossningsklinik i form av ett direktavtal eller som ett tilläggsavtal inom vårdval förlossning. Förvaltningen utreder nu vad ett eventuellt införande av hemförlossning i det ordinarie vårdutbudet kommer att innebära.

Som ett led i denna utredning är det viktigt att få sjukhusens syn på möjligheten att knyta hemförlossning till den ordinarie förlossnings-verksamheten. Förvaltningen kontaktar därför sjukhusdirektörerna på Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds Sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus där förlossningsverksamhet drivs.

Förvaltningen önskar svar på följande frågor:

- Hur ser ni på möjligheten att implementera hemförlossning som en del av förlossningsverksamheten?
- Under vilka förutsättningar kan sjukhuset tänka sig att bedriva hemförlossning (t ex vad gäller avtal, ekonomiska och personella resurser)?

Förvaltningen önskar svar senast 2018-11-27.

Skicka ditt svar till barbro.naroskyin@sll.se

Har du frågor får du gärna kontakta enhetschef Birgitta Hjelte
birgitta.hjelte@sll.se, tel 08-123 134 78

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

HSN 2018-0698

Från: Mikael Runsiö
Skickat: den 16 november 2018 08:42
Till: Barbro Naroskyin <barbro.naroskyin@sll.se>
Ämne: SV: Brev sjukhusdirektörer

Barbro!

Här kommer Södersjukhusets svar på dina frågor!

Hur ser ni på möjligheten att implementera hemförlossning som en del av förlossningsverksamheten?
Förlossningsvård är en akut verksamhet med ibland snäva tidsmarginaler då tillståndet för mor eller barn plötsligt kan försämras och akut behov av sjukhusets resurser uppstå. Utifrån uppdraget att bedriva patientsäker vård av hög medicinsk kvalitet önskar vi därför avstå från implementering av hemförlossning som en del av vår verksamhet.
Under vilka förutsättningar kan sjukhuset tänka sig att bedriva hemförlossning?
Vi önskar avstå från denna vårdform av tidigare angivna skäl. Om SLL väljer att fortsätta finansiera hemförlossning till friska omföderskor med normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning är det viktigt att säkerställa
1.Journalföring
2. Resultatredovisning 3. Avvikelsehantering

Hälsningar

Corinne Pedroletti
VO-chef Kvinnosjukvård/Förlossning
Södersjukhuset

Mikael Runsiö
VD, Leg Läk, Med Dr, EMBA
Södersjukhuset AB
Sjukhusbacken 14
118 83 Stockholm
Tel: 08616 10 00

Från: Barbro Naroskyin
Skickat: den 15 november 2018 10:50
Till: Mikael Runsiö <mikael.runsio@sll.se>; Mikael Runsiö <mikael.runsio@sll.se>; Annika Tibell <annika.tibell@sll.se>; Yvonne Haglund Åkerlind <yvonne.haglund-akerlind@sll.se>; Christophe Pedroletti <christophe.pedroletti@sll.se>; ingela.wiklund@bbstockholm.se
Kopia: Annika Tibell <annika.tibell@sll.se>; HSF Funk Registrator <registrator.hsf@sll.se>
Ämne: Brev sjukhusdirektörer

Hej !

Här kommer ett brev och förfrågan ang hemförlossning.

Med vänlig hälsning

BB Stockholm

2018-11-21

Svar på förfrågan angående landstingsfinansierad hemförlossning

Först vill jag framföra att vi på BB Stockholm anser det positivt att SLL kan erbjuda hemförlossning för friska kvinnor med normal graviditet. Ett viktigt alternativ för de kvinnor som så önskar.

Det är viktigt att krav på kvalitet, juridiska krav och uppföljning sker inom hemförlossningsverksamheten på samma sätt som för annan verksamhet inom vården oavsett om den sker på sjukhus, inom öppenvård eller som i detta fall i patientens/parets eget hem.

Som jag ser det finns det några delar av verksamheten som måste säkras.

1. Journalhantering (var förvaras journaler efter hemförlossning)
2. Eventuella avvikelser eller Lex Maria fall (vem ansvarar för detta)
3. Uppföljning avseende på medicinskt utfall (vem gör detta)?
4. Anställning för hemförlossningsbarnmorskor
5. Bör finnas en medicinskt ansvarig läkare
6. Organisation kring de kvinnor som önskar föda barn hemma (hur ska den se ut)?

Som vi ser det på BB Stockholm finns här några olika vägar man kan gå för att få en patientsäker och legalt sätt korrekt organisation och dessa är:

1. Samtliga gravida som önskar föda hemma hänvisas **till en utvald klinik** i Stockholm. Denna klinik tar då ansvar för journalhantering, avvikelsehantering, att lagar följs etc. Eventuellt kan man tänka sig att barnmorskorna anställs på kliniken i fråga.
2. **Samarbetet sker med alla kliniker** i Stockholm baserat på var den gravida kvinnan bor och alla kliniker delar då på ovan beskrivna
3. Hemförlossningsverksamheten bildar ett **helt eget verksamhetsområde** med en egen verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare och avtal med SLL samt eventuellt också egna anställda.

Jag har talat med Bb Stockholms verksamhetschef samt vårdchef och vi är all alla tre eniga om att det skulle bli en alltför stor utmaning att implementera hemförlossning som en del av vår verksamhet. Vår operativa ledning blir ansvarig för en verksamhet som vi inte har insyn i. Avvikelser och Lex Maria fall blir en utmaning, schemaläggning såväl som logistik kring hemförlossningsverksamheten blir också en *för* stor praktisk utmaning. Detta skulle kunna innebära en ökad kostnad för hemförlossningsverksamheten. Vi tar givetvis gärna emot de gravida som önskar föda hemma för bedömning av läkare i slutet av graviditeten på samma

sätt som vi gjort tidigare. Givetvis ska dessa också åka till närmsta sjukhus om komplikation uppstår under en hemförlossning och här kan vi också bidra.

Vi kan inte tänka oss att ansvara för hemförlossningsverksamheten eftersom vi som vårdgivare då kommer utkrävas ansvar för såväl de praktiskt som legala utmaningar som finns då det gäller hemförlossningsverksamhet.

Slutsats

Det är viktigt att kunna erbjuda friska kvinnor som så önskar en hemförlossning i länet. Hemförlossningsvården bör ligga i en helt egen organisation med egen verksamhetschef. Den praktiska organisationen kring bedömning av den gravida kvinnan samt vid behov överföring till sjukhus bör fortsätta som idag vilket innebär att den geografiskt närmsta kliniken tar hand om bedömningar och eventuellt behov av vård i samband med födseln. Vi kan dock inte ta på oss att implementera hemförlossningsverksamhet i vår verksamhet.

Ingela Wiklund

VD

BB Stockholm

Södertälje Sjukhus

HSF tillhanda

Datum
2018-11-27

Svar på frågor gällande landstingsfinansierade hemförlossningar

Södertälje sjukhus (STS) välkomnar HSFs initiativ att avtalsmässigt ytterligare reglera hemförlossningsverksamheten inom SLL. I nuläget finns ytterst liten insyn i verksamheten gällande införskaffning och hantering av läkemedel, följsamhet till nationella riktlinjer, avvikelsehantering, journalföring samt förvaring av desamma samt uppföljning av utfallsmått gällande kvalitet, inklusive eventuella komplikationer hos mor och barn.

Det är visat i flera studier att hemförlossningar som inbegriper omföderskor utan kända riskfaktorer innebär låg risk för komplikationer hos mor och barn. Denna typ av hemförlossningar sker relativt ofta inom vårt upptagningsområde och utgör ett ur medicinskt perspektiv acceptabelt alternativt till förlossning på sjukhus.

Däremot vet vi att det inom hela SLL förekommer planerade hemförlossningar där det föreligger riskfaktorer i form av förstföderska, tidigare förlossning med komplikationer etc. Dessa förlossningar utgör en ökad risk för komplikationer hos både mor och barn och här behöver särskilt barnperspektivet beaktas. Även om hemförlossningsverksamheten inom SLL regleras kommer dylika förlossningar sannolikt att förekomma och då fortsätta ligga helt utanför vår kontroll.

STS förlossningsenhet ser inte att hemförlossningar kan ingå som en del av vår ordinarie verksamhet. Vårt uppdrag är att bedriva förlossningsvård och eftervård under ordnade och strukturerade former på sjukhus och med sjukhusets resurser. De barnmorskor som arbetar hos oss följer våra rutiner och riktlinjer, vilket vi följer upp på individnivå kontinuerligt. Vi skulle ha svårt att garantera att en hemförlossningsverksamhet bedrivs i enlighet med våra högt ställda krav på kvalitet och patientsäkerhet.

Att låta hemförlossningsbarnmorskorna bilda en självständig enhet med en egen verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare skulle kanske kunna vara ett sätt att lösa situationen på.

Oavsett vilken lösning man väljer avseende huvudmannaskap anser vi att samtliga förlossningsenheter i Stockholm har ett gemensamt ansvar för att fortsätta ha goda relationer med länets hemförlossningsbarnmorskor och med de föräldrar som önskar föda i hemmet. Detta för att tröskeln för kontakt med närmsta förlossningsklinik i händelse av oväntad komplikation, ska vara låg och därmed främja en så god patientsäkerhet som möjligt. Även i de fall där förlossningen sker i hemmet trots uppenbara riskfaktorer.

Södertälje Sjukhus AB
152 86 Södertälje
Organisationsnr: 556775-9922
Styrelsens säte: Södertälje

Telefon: 08-550 240 00 vxl
Fax: 08-550 240 54
E-post: kontakt@sodertaljesjukhus.se
www.sodertaljesjukhus.se

SÖDERTÄLJE SJUKHUS ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Besöksadress: Rosenborgsgatan 6-10 (huvudentré), Lagmansvägen 15 (entré kanalsidan)

Med vänlig hälsning

Christophe Pedroletti

Verkställande direktör

Södertälje sjukhus AB

Henrik Overödder

Verksamhetschef

VO kvinnor och barn

Maria Hedström

Chefsbarnmorska

Förlossningen

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

2018-11-27 Dnr: K 2018-7499

Till:
Barbro Naroskyin

Svar på förfrågan angående landstingsfinansierad hemförlossning

Förvaltningen önskar svar på följande frågor:
- Hur ser ni på möjligheten att implementera hemförlossning som en del av förlossningsverksamheten?
- Under vilka förutsättningar kan sjukhuset tänka sig att bedriva hemförlossning (tex vad gäller avtal, ekonomiska och personella resurser)?

Karolinska Universitetssjukhuset ser positivt på att hemförlossningsverksamheten regleras genom avtal via akutsjukhus, och att uppföljningen inklusive kvalitetsuppföljning utökas.

Vi ser dock att detta inte i första hand är ett universitetssjukhusuppdrag, eftersom det endast kan vara aktuellt för lågriskförlossningar. Karolinska har visserligen en viss volym lågriskförlossningar. Ur ett SLL-perspektiv bör det dock ligga närmare till hands att, om man vill förändra Karolinskas uppdrag, utvidga det högspecialiserade uppdraget snarare än att ge sjukhuset ytterligare volymer av lågriskförlossningar, för att på ett ändamålsenligt sätt prioritera resurser och kompetens. Karolinska skulle önska att i första hand fokusera på att konsolidera som universitetssjukhus, snarare än att skapa ytterligare externa noder som hemförlossningar skulle innebära.

Vi vet att det finns andra sjukhus som ser detta som en önskvärd del av sitt förlossningsuppdrag, och hoppas att det är möjligt att utifrån detta skapa ändamålsenliga lösningar. Givet vår syn på uppdraget som ej i första hand lämpat för Karolinska så har vi i dagsläget inga detaljerade synpunkter på förutsättningar för ett sådant uppdrag.

Annika Tibell
Tf. Sjukhusdirektör
Karolinska Universitetssjukhuset

- **Hur ser ni på möjligheten att implementera hemförlossning som en del av förlossningsverksamheten?**

Säkerhetsaspekt: Risken för överföring till sjukhus är 1/3 för förstföderskor men mindre än 1/10 för omföderskor enligt en nordisk studie av knappt 3000 hemförlossningar (Blix et al 2014).

De flesta studier visar att det är färre interventioner vid hemförlossning (såklart eftersom man inte har möjlighet att intervenera i samma utsträckning), men dessa studier har ju en kraftig selection bias, dvs risk för underrepresentation pga lågrisk-mammor och missing values (bristfällig dokumentation/journalföring). Ofta brukar neonatala utfall såsom risk för kramper, HIE, låg Apgar osv ändå vara högre men inte alltid signifikant högre. Den enda svenska genomgång som finns är av Lindgren et al (Acta 2008) som jämförde ca 800 planerade hemförlossningar mot ca 11 000 slumpmässigt utvalda sjukhusförlossningar 1992-2004. Neonatal dödlighet i hemgruppen var 2.2/1000 och sjukhusgruppen 0.6/1000, vilket inte var signifikant pga lågt antal kvinnor med hemförlossning. En färsk metaanalys av Rossi et al (EJOGRB 2018) som inkluderade ca 14000 låg-risk-hemförlossningar och 30000 låg-risk-sjukhusförlossningar i västvärlden visade en ökad risk för neonatal asfyxi (5.8 vs 5.4%) och död (0.2 vs 0.1%) på gränsen till signifikant. En Finsk födelseregisterstudie från i år, som inte finns med i metaanalysen, av ca 180 planerade hemförlossningar mot 720 000 sjukhusförlossningar 1996-2013 hade hemförlossning signifikant ökad risk för invasiv neonatal ventilation, hypotermi och död.

Vi kan endast finna en randomiserad studie av förlossningsplats/vårdnivå hos 1111 kvinnor som alltså inte skulle lida av selection bias, och där kvinnor med lågrisk-graviditet allokerades till barnmorskeledd enhet utan möjlighet till eda eller dropp, normalenhet eller specialenhet. Barnmorskeenheten hade lägre andel eda och dropp, men alla tre grupper hade samma andel operativa ingrepp och samma mor/barnutfall (Bernitz et al BJOG 2011). Vi vill påpeka att det är svårt att avgöra vilka som kan behöva interventioner och att utfallet beror sannolikt på om man KAN göra dessa eller ej.

Sammanfattningsvis tycker vi att hemförlossning inte är medicinskt rekommenderat, men om det ska göras bör kriterier ställas upp och det hela ske kontrollerat. Till riktlinjerna bör dock läggas att kvinnan inte ska vara mer än 40+6 veckor pga risken för asfyxi vid överburenhet vid hemförlossning enligt fynd från USA (Grunebaum et al AJOG 2017).

Praktiska aspekter:
Förutom att det är osäkert för barnet tror vi inte att det är resurseffektivt. Barnmorskor som ev skulle syssla med detta blir väldigt ineffektiva på sin tjänstgöringsgrad pga hemförlossning generellt tar mer tid av bm och hon kan bara ha en patient i taget. Då måste DRG-priset bli högre - som två okomplicerade vaginala förlossningar? - om det ska vara en intäkt för kliniken, som då också ska täcka någon typ av felbehandlingsförsäkring för bm (juridisk aspekt), beredskap för transfer till sjukhus med ambulans, liksom att ev behöva hålla ett rum ledigt för patienten på sjukhuset om hon skulle behöva komma in till kliniken. Det blir ju som att ha fler förlossningsrum "på stan" som när som helst kan behöva våra operativa resurser och leda till överbelastning, även om bara 8% av omföderskor behöver komma in. Det blir också komplicerat med schemaläggning och ersättning till bm som ur ett arbetsmiljöperspektiv också kan komma att få en väldigt lång tjänstgöringstid.

- **Under vilka förutsättningar kan sjukhuset tänka sig att driva hemförlossningar? (avtal, ekonomiska och personella resurser?)**

  Med motivering enligt ovan ser vi i dagsläget ingen möjlighet att driva hemförlossning som en del av eller knuten till vår nuvarande förlossningsverksamhet på KK, DSAB.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Särskilda vårdfrågor
Individuella vårdärenden

PM
2019-03-26

Diarienummer
HSN 2018 - 0698

Offentligt finansierade hemförlossningar i Region Stockholm

Bilaga 2

Förvaltningens brev och enkät 2019-01-02 till hembarnmorskor inkl. svar.

Särskilda Vårdfrågor
Individuella vårdärenden
Kerstin Engman 070 896 40 46

FRÅGOR OM
HEMFÖRLOSSNINGAR
2019-01-02

HSN 2018 - 0698

Barnmorskor verksamma i landstings-
finansierad hemförlossning
Enligt sändlista

Frågor om landstingsfinansierad hemförlossning

Under våren 2018 genomförde Hälso- och sjukvårdsförvaltningen en kartläggning av verksamheten för hemförlossningar. Kartläggningen visade bl. a att frågan om läkemedel och läkemedelshantering är en central fråga, vilket även uppmärksammats av Specialsakkunnig läkare inom gynekologi och obstetrik.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har givit förvaltningen i uppdrag att ytterligare belysa ett antal frågor, varför förvaltningen önskar ställa kompletterande frågor om verksamheten.

Vänligen besvara frågorna senast den 18 januari 2019 till via mail till kerstin.engman@sll.se eller via post till
Stockholms läns landsting,
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/IVÄ
Box 6909
102 39 Stockholm

Tack för din medverkan!

Kerstin Engman
Projektledare, utredare

1. Enligt HSLF-FS 2017:37[1], 4 kap Ledningssystem 2§ gäller att ”vårdgivaren ska fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten”.

   Vilka läkemedel använder du i din verksamhet?

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

   Hur får du tillgång till dem?

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

   Hur förvarar/lagerhåller du läkemedel?

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

[1] Socialstyrelsens förskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Hur hanterar du eventuellt överblivna läkemedel? (Exempelvis om förpackningen räcker till mer än en behandling.)

2. Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa att personuppgifterna ska vara tillgängliga, riktiga, konfidentiella och spårbara.[2]

   Hur säkerställer du att personuppgifter hanteras korrekt och hur förvarar du journaler?[3]

[2] Patientdatalag (2008:355)
[3] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40.

3. Avvikelser i hälso- och sjukvården kan vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan handla om allt från mindre störningar i det dagliga arbetet som inte leder till att patienter skadas, till händelser som medför en vårdskada där patienten avlider. Inkomna klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas omhand i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.[4]

   Beskriv ditt kvalitetsarbete!

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

Datum:

_____
Underskrift

_____
Namnförtydligande

[4] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt HSLF-FS 2018:10 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sändlista - Enkät om hemförlossningsverksamheten 2019-01-02

Ann Petrén

Cayenne Ekjordh

Diane Sjögren

Mimansa Mansheden

Kirsten Nisted

Helena Nash

Liisa Svensson

Maria Ahlbom

Jane Fogelström

Helena Maas

Marietta Thunström

Carina O Wiklander

Lilleba Anckers

Frida Brandt Burman

Sepideh Ghasemi

Fatima Berthelsen

Lena Reiman

Katrin Klasa

Åsa Andersson

Lena Ahlner

Enkätsvar HSF

Vi har hittills gjort på lite olika sätt för att uppfylla de krav som ligger på oss.
Svaren nedan representerar det som hittills varit vårt gemensamma arbetssätt.
Barnmorskegruppen har träffats och enats om följande svar på enkäten:

Vilka läkemedel använder du i din verksamhet?

Carbokain/Xylokain 10mg/ml, Konakion, Methergin, Cytotectabletter, Bricanyl, Syntocinon, Xylokaingel, Ringeracetat, Natriumklorid och Sterilt vatten.

Andra läkemedel vid behov enligt läkarordination.

Hur får du tillgång till dem?

Vi har löst läkemedelsförsörjningen genom att olika läkare vid mötena med den gravida kvinnan har skrivit ut läkemedel. Vi önskar kontakt med en gemensam läkare som kan skriva ut nödvändiga läkemedel till alla hemförlossningsbarnmorskor centralt för att undvika svinn och miljöpåverkan.

Hur förvarar/lagerhåller du läkemedel?

De läkemedel som kräver det förvaras i kylskåp. Övriga läkemedel förvaras i barnmorskeväskan.

Hur hanterar du eventuellt överblivna läkemedel? (Exempelvis om förpackningen räcker till mer än en behandling.)

Alla överblivna läkemedel kasseras via Apoteket.

Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa att personuppgifterna ska vara tillgängliga, riktiga, konfidentiella och spårbara. Hur säkerställer du att personuppgifter hanteras korrekt och hur förvarar du journaler?

Pappersjournaler upprättas och förvaras i låsta brandsäkra skåp hemma hos respektive hembarnmorska. Kopior skickas till berörda instanser, t.ex MVC, BVC samt Socialstyrelsen.
Patienten har alltid en egen papperskopia/foto av journalen som hon tar med sig vid behov av vård.
Hemförlossningsbarnmorskan finns tillgänglig via telefon (även jourtid) för kompletterande uppgifter.
Vi uppmanar vid avslutad vårdperiod patienten att be sin mödravårdsbarnmorska att avsluta journalen i Obstetrix.

Beskriv ditt kvalitetsarbete!

Förvårdsjournal med en checklista upprättas vid hembesöket inför planerad hemförlossning.
Utvärdering av vården tillsammans med föräldrarna sker under veckan efter förlossningen i samband med eftervårdsbesöken och dokumenteras i journalen. Vi planerar att sammanställa statistik över genomförd vård årligen framöver. Patienten erbjuds alltid samtal kring vården vid behov i ett senare skede.

Vi går på regelbundna utbildningar för kompetensutveckling, exempelvis HLR-utbildning, BLUBB (Barnmorskor och läkare i samarbete kring utbildning av bäckenbotten).
Barnmorskegruppen har också regelbundna möten (minst två gånger per kalenderår) med falldragningar, diskussioner och arbete samt genomgång av vetenskapliga artiklar som berör vårt område.

En gemensam pärm för hanterade avvikelser upprätthålls och förvaras i låst skåp tillsammans med journaler. Alla hembarnmorskor uppmanas att skriva avvikelserapport vid händelser utöver det normala. Vid behov samordnas diskussion och utvärdering mellan olika vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Särskilda vårdfrågor
Individuella vårdärenden

PM
2019-04-04

Diarienummer
HSN 2018 - 0698

Offentligt finansierade hemförlossningar i Region Stockholm

Bilaga 3

Skrivelse från BB Stockholm 2019-04-04, med ett diskussionsunderlag och preliminär kostnadsberäkning avseende offentligt finansierade hemförlossningar.

BB Stockholm

2019-04-03

Landstingsfinansierad hemförlossning

I november 2018 fick BB Stockholm och övriga kliniker en skrivelse från er som rör organisationen av hemförlossningar i Region Stockholm. I vårt svar lyfte vi en hel del frågor kring hemförlossningsverksamheten som vi ansåg måste belysas och utredas. Vi ansåg inte att vi baserat på de frågeställningar och den bakgrundskunskap vi hade, kunde ta på oss uppdraget att vara en vårdgivare som organiserar hemförlossningar. Vi ställer oss positiva till att kvinnor i Regions Stockholm har möjlighet att föda barn hemma och anser att det är rimligt att denna verksamhet ersätts med offentliga medel.

Det finns dock en del ”tekniska” och praktiska frågor som måste lösas. Det är också viktigt att krav på kvalitet, juridiska krav och uppföljning sker inom hemförlossningsverksamheten på samma sätt som för annan verksamhet inom vården oavsett om den sker på sjukhus, inom öppenvård eller som i detta fall i patientens/parets eget hem.

Många frågor behöver belysas:

1. Journalhantering (var förvaras journaler efter hemförlossning)
2. Eventuella avvikelser eller Lex Maria fall (vem ansvarar för detta)
3. Uppföljning avseende på medicinskt utfall (vem gör detta)?
4. Anställning för hemförlossningsbarnmorskor
5. Bör finnas en medicinskt ansvarig läkare
6. Organisation kring de kvinnor som önskar föda barn hemma (hur ska den se ut)?
7. Listning hur ska detta ske?
8. Avtal med patienten om hemfödsel – ska det skrivas och hur ska detta avtal se ut?
9. Ersättningsnivån i verksamheten

BB Stockholms ledningsgrupp har under början av året diskuterat om vi möjligen skulle kunna bidra till att lösa den situation som just nu råder. En lösning skulle kunna vara att barnmorskor som arbetar med hemförlossning timanställds hos oss och gärna ytterligare någon klinik. Vi kan utrusta dem med teknik för att kunna skriva journal (dator med nätuppkoppling och obstetrix samt andra nödvändiga journaldatasystem) samt läkemedel och annat material. Vi erbjuder dem nödvändig kontinuerlig utbildning i NEO-HLR, vuxen HLR etc. Vi ansvarar för Lex Maria anmälningar och Händelseanalyser via vårt patientsäkerhetsteam. Punkt 1-3 samt 5 ovan är därmed besvarad.

När det gäller punkt 4, anställning för denna grupp, finns en del frågor. Dels om de vill bli anställda av oss men också om samtliga är ”anställningsbara”.

Organisationen d.v.s. hur ingången till hemförlossningsbarnmorskorna är för länets patienter måste klargöras. Här behövs också en översyn av avtalet mellan barnmorskorna och patienten. Som det är i dag hänvisas "vanliga gravida" vid behov mellan sjukhusen. När det gäller hemfödsel kan vi tillhandahålla en erfaren hemförlossningsbarnmorska om en sådan barnmorska är tillgänglig. Samtliga gravida måste också vara listade på den klinik de geografiskt har närmast till (punkt 7-8).

Ersättningsnivån är viktig att studera. En snabb uppskattning är att två barnmorskor är närvarande vid födseln och ska båda avlönas för detta (totalt 12x2 timmar). Dessutom har en av dem kontakt med paret innan födsel och sköter BB-vård i hemmet (10 timmar). Vid en grov uppskattning av lönekostnader skulle detta kunna röra sig om totalt 34 timmar som ska ersättas för 1-2 barnmorskor inklusive ob-tillägg. Kostnaden för detta uppskattar vi till 17 740 kr. Kostnad för läkemedel till kvinnan och det nyfödda barnet (oxytocin, K-vitamin och eventuellt läkemedel för lokalbedövning samt annan utrustning för hem födsel) uppskattat till 1500 kr/patient. Dessutom tillkommer resor i egen bil och där finns en milersättning som enligt skatteverket motsvarar 18.50/mil. Ersättningsnivån skulle sannolikt som lägst ligga kring 20 000 kr per födsel för att vara kostnadstäckande. Jag vill påpeka att detta är en schablon beräkning och jag har ingen information i dagsläget kring hur mycket tid barnmorskorna lägger ned per födsel, innan, under och efter. Det jag räknat på ovan är ett minimibelopp.

Vi ser fram emot en fortsatt dialog kring detta.

Ingela Wiklund

VD

BB Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Särskilda vårdfrågor
Individuella vårdärenden

PM
2019-04-09

Diarienummer
HSN 2018 - 0698

Offentligt finansierade hemförlossningar i Region Stockholm

Bilaga 4

Anmodansbrev till samtliga hembarnmorskor om uppföljning av enkät.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Särskilda vårdfrågor
Individuella vårdärenden

ANMODANSBREV
2019-04-09

Diarienummer
HSN 2018 - 0698

<Namn>
<Adress>

Uppföljning av enkät

I början av januari i år skickade hälso- och sjukvårdsförvaltningen en enkät till samtliga registrerade hembarnmorskor i Region Stockholm, med ett antal frågor om hemförlossningsverksamheten. Ett gemensamt svar inkom. Det är mot bakgrund av detta svar som hälso- och sjukvårdsförvaltningen önskar att du för din egen räkning, inkommer med svar på frågorna nedan.

Besvara och underteckna ditt svar på frågorna senast den 23 april 2019 via mail till kristina.skogsberg@sll.se eller via post till
Stockholms läns landsting,
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/IVÄ
Box 6909
102 39 Stockholm

I det gemensamma svaret redovisas ett antal mediciner som hanteras i verksamheten. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska vårdgivaren fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten.

- Förvaltningen önskar ta del av din rutinbeskrivning.

Den som ordinerar läkemedel ska bl. a säkerställa att ordinationen är lämplig utifrån patientens behov.

- Förvaltningen önskar dels få ta del av hur du säkerställer patientens behov, dels vem/vilka som ordinerar de läkemedel du använder i din verksamhet?

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Ett sådant direktiv ska vara skriftligt och innehålla specificerade uppgifter.

- Om du har ett sådant direktiv, önskar förvaltningen dels få tal del av direktivet/-n, dels önskas information vem eller vilka som utfärdat dem.
- Förvaltningen önskar få ta del av hur och var du förvarar läkemedel.

Enligt Patientdatalagen ska vårdgivaren genom ledningssystem säkerställa att personuppgifter ska vara tillgängliga, riktiga, konfidentiella och spårbara.

- Hur säkerställer du att personuppgifter hanteras korrekt och hur förvarar du journaler?

Avvikelser i hälso- och sjukvården kan vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan handla om allt från mindre störningar i det dagliga arbetet som inte leder till att patienter skadas, till händelser som medför en vårdskada där patienten avlider. Inkomna klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas omhand i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

- Beskriv ditt kvalitetsarbete!

Har du frågor med avseende på detta brev, vänligen kontakta Kristina Skogsberg, se ovan.

Ann Eva Askensten
Avdelningschef Särskilda vårdfrågor

Lagrum

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, generella direktiv om läkemedelsbehandling och läkemedelsförvaring samt om .
https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2017-37

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40

Patientdatalagen 2008:355
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38
samt HSLF-FS 2018:10 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-4-15