

1. Uppdraget

Jag har blivit tillfrågad av advokat Per-Olof Jönsson om att lämna mitt utlåtande som sakkunnig i målet mot barnmorskan Agneta Bergenheim. Min uppgift som sakkunnig är att, utifrån min vetenskapliga och professionella kompetens inom reproduktiv hälsa, obstetrik, barnmorskans yrkesutövning och planerade hemförlossningar, bedöma de medicinska och professionella påståenden som framförts av IVO och åklagaren, samt bedöma om dessa påståenden har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet och i det underlag som avser de fyra aktuella förlossningarna.

Min uppgift är inte att ta ställning för eller emot hemförlossning som vårdform eller för den enskilda barnmorskan, utan att bedöma de medicinska och professionella påståenden som anges i underlaget utifrån tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet.

2. Kompetens och erfarenhet

2.1 Akademisk kompetens

Jag är professor i reproduktiv hälsa vid Sophiahemmet högskola med en forskningsanknytning till Karolinska Institutet. Jag disputerade 2008 vid KI med avhandlingen ”Hemförlossningar i Sverige 1992–2005. Förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter”. Jag blev docent vid Sahlgrenska akademien 2011, professor vid University of Gondar i Etiopien 2016 och professor i Sverige 2022. Jag har varit huvudhandledare för tio (10) doktorander som försvarat sina avhandlingar och bihandledare för ytterligare ett tiotal. Mitt forskningsområde är förlossningsvård, främst förlossningsskador i relation till handläggning av förlossning och utfall av olika former av kvalitetsförbättrande interventioner inom förlossningsvården. Jag har publicerat 112 artiklar i vetenskapliga tidskrifter och erhållit över 30 milj SEK som projektledare för att bedriva projekt i Sverige och internationellt. Parallellt med min forskningsaktivitet har jag undervisat barnmorskestudenter i förlossningsvård vid Karolinska Institutet, Sahlgrenska akademien och Sophiahemmet högskola. Jag har varit huvudredaktör för den primära läroboken för barnmorskestudenter “Reproduktiv hälsa. Barnmorskans kompetensområde” utgiven av Studentlitteratur 2016 och 2021.

2.2 Klinisk erfarenhet

Jag blev legitimerad barnmorska 1999 och arbetade efter examen vid Södertälje sjukhus och Vidarklinikens mödravård tills jag påbörjade forskarutbildningen 2003. Därefter har jag under perioder varit timanställd som klinisk barnmorska i Sverige. Sedan 2016 har jag flera gånger per år arbetat kliniskt inom ramen för forskningsprojekt i Uganda och Etiopien.

2.3 Vetenskaplig erfarenhet av hemförlossning

Min avhandling var den första och hittills enda vetenskapliga studien i Sverige där planerade hemfödslar studerades, både utifrån medicinska perspektiv och kvinnors erfarenheter. Studien undersökte 897 planerade hemförlossningar och jämförde med 11 341 planerade sjukhusförlossningar. Avhandlingen visade att för omfödskor med normal graviditet och förväntat normal förlossning var utfallet tryggt, men att större försiktighet behöver iakttas när det gäller förstfödskor. Det statistiska underlaget är för litet för att bedöma risken för dödlighet då det hade krävts cirka 15 000 hemförlossningar för att statistiskt säkerställa eventuella risker. De intervjuade kvinnorna upplevde en stark tillit till sina egna kroppar och kände att de fick föda på egna villkor med ett gott, kontinuerligt stöd av en närvarande barnmorska och de beskrev en stor medvetenhet vad gäller innebörden av sitt val.

Efter min disputation startade vi ett nordiskt samarbete där vi samlade data från de nordiska länderna med samma frågeställningar. Jag har också haft samarbete med forskare från Nederländerna där hemförlossningar ingår i vårdsystemet och större studier kan genomföras.

Jag deltog i expertgruppen för HTA-analysen som genomfördes 2013 i Stockholm där vi särskilt studerade utfallen för förstföderskor vid hemförlossning. Slutsatsen av analysen var att det tycks föreligga en ökad risk för förstföderskor men att studiernas tillförlitlighet är låg. Slutsatsen av det arbete vi gjorde då var att förstföderskor löper en betydligt högre risk än omföderskor att behöva avbryta hemförlossningen och överföras till sjukhus mitt under pågående förlopp (ofta på grund av utdraget värkarbete). På grund av överföringsrisken och de neonatala riskerna landade rapporten i att planerad hemförlossning inte kan rekommenderas för förstföderskor ur ett medicinskt säkerhetsperspektiv. Denna specifika HTA-analys blev det direkta underlaget till att Stockholms läns landsting beslutade att endast erbjuda ekonomisk ersättning (bidrag) för hemförlossningar till omföderskor. Förstföderskor exkluderades helt från det offentligt finansierade systemet.

3. Metod för bedömningen

Bedömningen av påståenden om medicinsk risk och vårdens kvalitet har gjorts mot bakgrund av aktuell vetenskaplig litteratur, systematiska översikter, internationella riktlinjer samt svensk reglering och professionella kunskapsunderlag. Särskild vikt har lagts vid att skilja mellan risker som är förknippade med en vårdform på populationsnivå och den konkreta risken i de aktuella fallen. Vidare har jag beaktat skillnaden mellan förekomsten av en medicinsk risk och bedömningen av om det i ett enskilt fall föreligger en konkret och påtaglig fara för patientens liv, hälsa eller personliga säkerhet. Som underlag för min bedömning har jag utgått ifrån följande dokument:

- IVO:s beslut om verksamhetsförbud
- förundersökningsmaterial
- journalhandlingar för de fyra aktuella födslarna
- Socialstyrelsens riktlinjer som åberopas
- HTA-rapporten från VG-region samt HTA-rapporten 2013 från SLL
- ICM:s och den svenska etiska koden för barnmorskor
- Svenska Barnmorskeförbundets policy gällande hemförlossning
- relevant vetenskaplig litteratur och systematiska översikter.

4. Vetenskapligt kunskapsläge

- 4.1 Definition av hemförlossning. Genom hela detta utlåtande definieras hemförlossning som en förlossning som under graviditeten är planerad att ske i hemmet med assistans av barnmorska och med möjlighet att överföring till sjukhus kan ske i händelse av komplikationer.
- 4.2 Selektion. Det samlade vetenskapliga underlaget visar att selektionen av friska kvinnor med normal graviditet och förväntat normal förlossning är en förutsättning för kvinnans och barnets hälsa och överlevnad. Att vara förstföderska innebär inte att graviditeten eller förlossningen i sig är patologisk eller att barnmorskan saknar kompetens att handlägga förlossningen. Det vetenskapliga underlaget visar emellertid att förstföderskor som planerar hemförlossning har en högre risk för överföring till sjukhus och att kunskapsläget beträffande vissa neonatala utfall är mer osäkert än för omföderskor. Förstföderskor behöver därför bedömas med särskild försiktighet vid ställningstagande till planerad hemförlossning.
- 4.3 Medicinska utfall. I det här sammanhanget vill jag poängtera att det finns en stor mängd internationella studier av skiftande kvalitet och storlek. Därför menar jag att det finns

anledning att särskilt se till studiepopulationens storlek och studiedesign. De största internationella studierna som genomförts kommer från Nederländerna.

- Perinatal mortalitet eller morbiditet (sjuklighet): inga statistiskt säkerställda skillnader har identifierats (de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2015; 122(5): 720–8).
- Maternell mortalitet eller morbiditet: Saknar statistisk styrka för att jämföra dödlighet, akuta komplikationer var färre i hemförlossningsgruppen (de Jonge A, Mesman JA, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*. 2013 Jun 13;346:f3263.

Den studie som tillmätts störst tillförlitlighet på grund av sin prospektiva studiedesign är “The Birthplace Study” från England som publicerades 2011 (Birthplace in England Collaborative G, Brocklehurst P, Hardy P, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Bmj* 2011; 343: d7400.)

- Förlossningar planerade utanför traditionella sjukhusavdelningar leder till färre medicinska ingrepp för friska kvinnor med lågriskgraviditeter. Resultaten stöder en policy som erbjuder valfrihet kring födelseort, men påvisar samtidigt en liten men märkbar riskökning för barnet samt högre överföringsrisker för förstföderskor som planerar hemförlossning.

Viktigt att ha i åtanke är att förekomst av vetenskapligt dokumenterade risker innebär inte att varje enskild hemförlossning kan betecknas som riskfylld eller att en konkret påtaglig fara föreligger.

5. Barnmorskans kompetensområde och självständiga professionella ansvar

Barnmorskans professionella kompetens omfattar självständig handläggning av normal graviditet, förlossning och eftervård. En central del av kompetensen är samtidigt att fortlöpande bedöma om graviditeten eller förlossningsförloppet avviker från det förväntat normala, identifiera risktecken och vid behov initiera konsultation eller överföring till annan vårdnivå.

Barnmorskan har således ett självständigt professionellt ansvar för den normala förlossningen. Detta innebär inte att barnmorskan självständigt ska handlägga alla komplikationer som kan uppstå under en förlossning. När en komplikation eller avvikelse uppstår ska barnmorskan bedöma situationen, vidta de åtgärder som ligger inom hennes kompetens och vid behov konsultera läkare eller initiera överföring till annan vårdnivå.

Vid en planerad hemförlossning blir denna förmåga att fortlöpande bedöma om förloppet fortfarande är normalt särskilt betydelsefull. Säkerheten är därför beroende både av en adekvat selektion av kvinnor med låg risk och av barnmorskans förmåga att identifiera när förlossningen inte längre följer ett normalt förlopp och då agera utifrån detta.

6. Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter bör beaktas som ett viktigt nationellt kunskaps- och prioriteringsunderlag. Riktlinjerna är emellertid inte bindande föreskrifter. Socialstyrelsen anger själv att de nationella riktlinjerna framför allt riktar sig till beslutsfattare och verksamhetschefer och att rekommendationerna i första hand är avsedda att ge stöd för beslut om resursfördelning, organisation och prioritering på gruppnivå. Rekommendationerna är inte heltäckande och ska inte ersätta den professionella bedömningen av den enskilda patienten.

I 2025 års riktlinjer anges beträffande planerad hemförlossning att sådan kan övervägas för kvinnor som tidigare fött barn, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma, under förutsättning att två barnmorskor assisterar och att vården sker i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården. Insatsen har prioritet 8. Det innebär emellertid inte att Socialstyrelsen avråder från hemförlossning eller bedömer vårdformen som medicinskt olämplig eller farlig. Socialstyrelsen anger att prioritetssiffrorna är ett stöd för beslutsfattare vid fördelning av begränsade resurser, där prioritet 1 är högst och prioritet 10 lägst. Låg prioritet innebär således att andra insatser bedöms vara mer angelägna ur ett resurs- och behovsperspektiv, inte att insatsen är förbjuden eller att den innebär oacceptabel medicinsk risk. Socialstyrelsen skiljer dessutom uttryckligen mellan prioriterade insatser, FoU-insatser och så kallade ”icke-göra”-insatser.

Det är också av betydelse att Socialstyrelsens rekommendation om hemförlossning är formulerad ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och förutsätter en organiserad samverkan med sjukhusbaserad förlossningsvård. De fyra aktuella förlossningarna har emellertid inte bedrivits som en del av en regionalt organiserad hemförlossningsverksamhet, utan av en privatpraktiserande barnmorska som anlitats direkt av de blivande föräldrarna. Rekommendationen kan därför inte utan vidare användas som en norm för hur denna specifika privata verksamhet skulle vara organiserad.

Detta innebär inte att Socialstyrelsens riktlinjer saknar relevans vid den medicinska bedömningen. De utgör ett viktigt nationellt kunskapsunderlag och bör beaktas tillsammans med vetenskaplig litteratur, systematiska översikter och andra professionella kunskapsunderlag. Däremot kan rekommendationen om prioritet 8 inte i sig utgöra stöd för slutsatsen att planerad hemförlossning bedrivs i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet eller att en barnmorska genom att assistera en sådan förlossning därmed utsätter patienten för påtaglig fara.

Vid bedömningen av de aktuella fallen måste därför Socialstyrelsens rekommendation skiljas från den individuella medicinska bedömningen. Vid bedömningen av den senare måste man utgå från kvinnans riskprofil, förlossningens faktiska förlopp, barnmorskans handläggning, möjligheten att upptäcka och hantera avvikelser samt de faktiska omständigheterna i respektive fall.

En nationell rekommendation är inte detsamma som en bindande klinisk föreskrift, och en avvikelse från en rekommendation är inte i sig liktydig med att vården strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet eller att patienten utsatts för påtaglig fara.

7. Läkemedel och ordination

Ett av de påståenden som framförts är att läkemedel ska ha administrerats utan individuell och skriftlig ordination från läkare.

Vid granskning av underlaget avseende de fyra aktuella förlossningarna finner jag emellertid inte stöd för att barnmorskan administrerat läkemedel i samband med någon av dessa förlossningar. Det finns således, såvitt framgår av det material jag tagit del av, inget konkret underlag för att påstå att läkemedel har administrerats utan ordination i något av de fyra aktuella fallen.

I förhör har AB uppgett att hon, för sin verksamhet, får nödvändiga läkemedel förskrivna av läkare som hon samarbetar med. Detta är en uppgift om hennes generella läkemedelsberedskap och läkemedelshantering och bör hållas åtskild från frågan om vilka läkemedel som faktiskt administrerades vid de fyra aktuella förlossningarna.

Min bedömning som sakkunnig beträffande de aktuella förlossningarna är därför att påståendet om läkemedelsadministration utan individuell och skriftlig läkarordination inte har stöd i det underlag som avser dessa fyra vårdtillfällen. Frågan om den generella förskrivningen, förvaringen eller hanteringen av läkemedel i barnmorskans verksamhet uppkommer som en separat rättslig och regulatorisk fråga och kan inte bedömas enbart utifrån de fyra förlossningsjournalerna.

8. Ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete

Ett av de påståenden som framförts är att barnmorskan saknat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Av det material jag tagit del av framgår emellertid att barnmorskan har beskrivit hur hennes verksamhet är organiserad och hur hon arbetar med kvalitet och patientsäkerhet, både i journalanteckningar och i förhör. Hon bedriver verksamheten som ensam yrkesutövare men har uppgett att hon samarbetar med andra barnmorskor och läkare. Det framgår också av dokumentationen att hon vid situationer där hon varit osäker eller bedömt att ytterligare medicinsk bedömning varit motiverad har rekommenderat kvinnan att genomgå ytterligare kontroll eller bedömning. I ett fall har hon rekommenderat föräldrarna att uppsöka sjukhus för bedömning av barnet.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är förmågan att identifiera avvikelser från ett normalt förlopp och att vid behov initiera bedömning på annan vårdnivå en central del av barnmorskans ansvar vid planerad hemförlossning. Överföring eller hänvisning till annan vårdnivå bör därför inte betraktas som ett misslyckande i vården utan som en viktig säkerhetsmekanism när behov av ytterligare medicinsk bedömning uppkommer.

Barnmorskan har vidare uppgett att hon kontinuerligt dokumenterar och reflekterar över sina vårdkontakter, bland annat genom att värdera vad som fungerat väl och vad som skulle kunna göras bättre. Ett sådant fortlöpande reflekterande och lärande arbetssätt utgör i sak en del av systematiskt kvalitetsarbete, även om verksamheten är liten och bedrivs av en ensam yrkesutövare.

Jag kan som sakkunnig inte bedöma om verksamhetens dokumentation och organisatoriska rutiner i alla avseenden uppfyller de formella krav som följer av gällande föreskrifter om ledningssystem. En sådan bedömning är i huvudsak en regulatorisk och juridisk fråga. Däremot kan jag bedöma om det finns tecken på ett systematiskt patientsäkerhets- och

kvalitetsarbete samt vilken betydelse eventuella organisatoriska brister har för den medicinska risken. Utifrån det material jag tagit del av finns det enligt min bedömning stöd för att barnmorskan bedrivit ett kontinuerligt arbete med riskbedömning, konsultation, hänvisning till annan vårdnivå, dokumentation och reflektion över den egna verksamheten. Det finns därför inte grund för det generella påståendet att hon saknat ett patientsäkerhetsinriktat kvalitetsarbete.

Även om det skulle kunna finnas formella eller organisatoriska brister i hur verksamhetens ledningssystem är dokumenterat, följer det inte av detta att det föreläggat en konkret eller påtaglig fara för patienternas liv, hälsa eller personliga säkerhet. För en sådan slutsats krävs en bedömning av vilken faktisk risk den påstådda bristen medfört och om denna risk haft betydelse i de aktuella vårdfallen.

9. Journalföring

Det har framförts att det föreligger allvarliga brister i barnmorskans journalföring. Jag har tagit del av den journalföring som avser de fyra aktuella förlossningarna. Journalerna är handskrivna, vilket i sig inte innebär att journalföringen är bristfällig.

Av det material jag tagit del av framgår att barnmorskan har dokumenterat relevanta delar av graviditet, förlossning och eftervård. Det har dock påpekats att förekomst eller avsaknad av allergier inte alltid uttryckligen dokumenterats. Detta kan utgöra en dokumentationsbrist, eftersom uppgifter om allergier kan vara relevanta för den fortsatta vården och särskilt vid behov av läkemedelsbehandling.

Samtidigt måste betydelsen av en sådan brist bedömas i sitt sammanhang. Barnmorskan har uppgett att samtliga fyra kvinnor under graviditeten haft regelbundna kontroller inom den ordinarie mödrhälsovården och att uppgifter om bland annat allergier efterfrågas där. Hon har också beskrivit att hon inför och under vårdkontaktarna haft en fortlöpande dialog med kvinnorna och att hon efterfrågat uppgifter som varit relevanta för vården. Dessa omständigheter innebär inte att den egna journalföringen kan ersättas av uppgifter som finns hos en annan vårdgivare, men de är relevanta när den faktiska patientsäkerhetsrisken av en eventuell dokumentationsbrist bedöms.

Vid bedömningen av om journalföringen inneburit en patientsäkerhetsrisk bör det därför skiljas mellan att en viss uppgift inte dokumenterats och att den aktuella informationen varit okänd eller saknats vid handläggningen. Jag finner inte i det material jag tagit del av stöd för att någon av de aktuella kvinnorna hade en allergi som inte var känd för barnmorskan och som medförde risk i samband med den aktuella vården.

Sammantaget bedömer jag att det kan finnas enskilda förbättringsområden i journalföringen, exempelvis att vissa uppgifter bör dokumenteras explicit även när de har efterfrågats och är kända från annan vårdkontakt. Jag finner däremot inte stöd för att den journalföring jag tagit del av kan betecknas som så allvarligt bristfällig att den i sig inneburit en konkret eller påtaglig fara för patienternas liv, hälsa eller personliga säkerhet. En dokumentationsbrist är inte detsamma som att informationen saknades och är inte heller i sig detsamma som att en patientsäkerhetsrisk uppstod.

10. Min bedömning av de fyra förlossningarna - vetenskaplig och professionell bedömning

De fyra aktuella förlossningarna behöver bedömas utifrån de faktiska förutsättningarna i respektive graviditet och förlossningsförlopp. Av det journalmaterial och övriga underlag som jag har tagit del av framgår att samtliga fyra kvinnor var friska och hade graviditeter som bedömts som normala. Tre av kvinnorna var omföderskor och en var förstföderska.

Att tre av kvinnorna var omföderskor är av särskild betydelse eftersom det vetenskapliga underlaget visar att omföderskor med normal graviditet och förväntat normal förlossning utgör den grupp för vilken planerad hemförlossning har det starkaste vetenskapliga stödet. För förstföderskor är kunskapsläget mer osäkert och risken för överföring till sjukhus under pågående förlossning är högre. Detta innebär dock inte att en förstföderska med normal graviditet automatiskt befinner sig i en medicinskt avvikande situation, utan att riskbedömningen behöver vara mer försiktig.

Min bedömning av de fyra fallen är att de, utifrån de uppgifter som framgår av det material jag tagit del av, befann sig inom den typ av graviditeter och förlossningssituationer som i den vetenskapliga litteraturen beskrivs som låg-riskförlossningar. Detta är särskilt tydligt för de tre omföderskorna. När det gäller förstföderskan finns, utifrån det vetenskapliga kunskapsläget, en högre överföringsrisk än för omföderskor, vilket bör beaktas i den kliniska bedömningen av det enskilda förlossningsförloppet. Det är samtidigt viktigt att skilja mellan den statistiska risk som är förknippad med en vårdform eller en patientgrupp och den faktiska risk som föreligger i ett specifikt vårdtillfälle. En förhöjd risk på gruppnivå innebär inte att en komplikation kommer att inträffa i det enskilda fallet. På motsvarande sätt innebär ett normalt utfall inte i sig att vården varit korrekt, utan den kliniska handläggningen måste bedömas utifrån de förutsättningar som förelåg när de olika besluten fattades.

Den detaljerade bedömningen av de enskilda kliniska åtgärderna, inklusive övervakning, bedömning av förlossningens progress, identifiering av eventuella risktecken samt eventuella indikationer för kontakt med eller överföring till sjukhus, bör göras av sakkunniga med relevant klinisk kompetens. Min bedömning är i stället att de aktuella förlossningarna, utifrån kvinnornas riskprofil och förutsättningarna som framgår av underlaget, inte kan betraktas som situationer som generellt ligger utanför barnmorskans professionella kompetensområde.

Den centrala patientsäkerhetsfrågan vid planerad hemförlossning är att kvinnan är korrekt selekterad, att barnmorskan fortlöpande kan bedöma om förloppet fortfarande är normalt och att avvikelse från det normala identifieras i tid så att konsultation eller överföring till sjukhus kan ske. Utifrån min vetenskapliga och professionella kompetens finner jag således inte stöd för ett generellt påstående att barnmorskans medverkan vid de fyra aktuella förlossningarna, betraktade utifrån de graviditeter och förlossningssituationer som framgår av underlaget, i sig inneburit att vården bedrivits utanför barnmorskans professionella kompetensområde eller medfört fara.

11. Samlad bedömning och slutsats

Att en verksamhet har brister så som påtalats i AB:s verksamhet innebär inte automatiskt att varje enskilt vårdtillfälle som därefter genomförs medför en konkret medicinsk risk eller att en vårdskada har uppstått. Vid den medicinska bedömningen av de fyra aktuella förlossningarna måste därför frågan om verksamhetens organisatoriska och administrativa brister skiljas från frågan om hur den enskilda förlossningen faktiskt handledes.

Vid den samlade bedömningen är det viktigt att skilja mellan tre olika nivåer: vad som utgör en generell risk med planerad hemförlossning som vårdform, om det föreligger en avvikelse från en rekommendation eller organisatorisk rutin, samt om den konkreta handläggningen i de aktuella fallen inneburit en sådan risk för kvinnan eller barnet att det kan betecknas som påtaglig fara för liv, hälsa eller personlig säkerhet.

Planerad hemförlossning är förknippad med vissa särskilda förutsättningar och risker, framför allt eftersom avancerad medicinsk diagnostik och behandling inte finns omedelbart tillgänglig i hemmet. Detta är väl känt och utgör en central utgångspunkt i den vetenskapliga litteraturen. Samtidigt visar den samlade forskningen att bedömningen av säkerheten vid planerad hemförlossning är beroende av bland annat selektion av kvinnor med låg risk, barnmorskans kompetens, möjligheten till transport och tillgång till sjukhusvård samt fungerande samverkan mellan barnmorska och sjukhus. Det är därför inte tillräckligt att konstatera att en vårdform innebär en potentiell risk; den relevanta frågan är vilken risk som faktiskt förelegat i den aktuella verksamheten och i de enskilda vårdförloppen.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer utgör ett viktigt nationellt kunskaps- och prioriteringsunderlag, men rekommendationerna är inte bindande föreskrifter. Rekommendationen om planerad hemförlossning är dessutom en prioriteringsrekommendation inom ramen för hälso- och sjukvårdens organisation och resursfördelning. En låg prioritering ska därför inte tolkas som ett ställningstagande att vårdformen är medicinskt osäker, förbjuden eller oförenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Inte heller HTA-rapportens resultat kan tolkas som att planerad hemförlossning generellt innebär en oacceptabel risk. Rapporten bedömer tillförlitligheten i det vetenskapliga underlaget som låg eller mycket låg. Den beskriver en möjlig ökad risk för perinatal död vid planerad hemförlossning, men betonar samtidigt att de absoluta riskerna är låga och att osäkerheten är stor på grund av få händelser. För kvinnor som tidigare fött barn noterades inte den skillnad i perinatal dödlighet som sågs i den samlade gruppen. Rapporten visar samtidigt lägre frekvens av flera maternella interventioner och komplikationer vid hemförlossning. Detta är relevant för de aktuella fallen eftersom tre av de fyra kvinnorna var omföderskor och samtliga enligt tillgängliga uppgifter var friska och hade normala graviditeter. Den medicinska riskbedömningen måste därför göras med hänsyn till den faktiska riskprofilen hos varje kvinna och inte enbart utifrån att förlossningen ägde rum i hemmet.

När det gäller organisation och kvalitetsarbete framgår av underlaget att barnmorskan arbetat med riskbedömning, haft kontakt med andra barnmorskor och läkare, rekommenderat ytterligare medicinsk bedömning när hon varit osäker och i förekommande fall hänvisat till sjukhus. Hon har dessutom beskrivit ett fortlöpande arbete med dokumentation och reflektion över vårdens genomförande. Även om det kan finnas anledning att diskutera i vilken utsträckning verksamheten uppfyllt samtliga formella krav på ett dokumenterat ledningssystem, är detta en annan fråga än om verksamheten saknat patientsäkerhetsarbete eller om de aktuella kvinnorna utsatts för påtaglig fara.

På motsvarande sätt bör eventuella brister i journalföringen bedömas utifrån sin faktiska betydelse. Handskriven journalföring är inte i sig en kvalitetsbrist. Om vissa uppgifter, exempelvis allergier, inte dokumenterats explicit kan detta utgöra ett förbättringsområde. Det måste dock skiljas från frågan om informationen faktiskt saknades eller om bristen medförde en risk för den enskilda kvinnan eller barnet. I de fyra aktuella förlossningarna har det, såvitt framgår av det material jag tagit del av, inte förekommit någon sådan händelse.

Vad gäller läkemedel finner jag inte stöd för att barnmorskan administrerat läkemedel vid de fyra aktuella förlossningarna. Uppgiften i förhör om att barnmorskan haft tillgång till läkemedel som förskrivits av läkare avser den generella verksamheten och kan inte i sig läggas till grund för slutsatsen att läkemedel administrerats utan ordination i de aktuella fallen.

Sammantaget finner jag därför inte stöd för slutsatsen att de omständigheter som anförts – hemförlossning som sådan, organisationen av verksamheten, journalföringen eller läkemedelshanteringen – visar att de fyra aktuella förlossningarna bedrivits på ett sätt som inneburit en konkret och påtaglig fara för kvinnornas eller barnens liv, hälsa eller personliga säkerhet. Enstaka förbättringsområden eller möjliga avvikelser från rekommendationer och formella krav är inte i sig tillräckliga för en sådan slutsats. Den avgörande frågan är om det i de konkreta vårdförloppen funnits omständigheter som inneburit en sådan faktisk och kvalificerad risk. Utifrån det material jag tagit del av finner jag inte stöd för detta.

Norrtälje 2026-08-30



Underskrift

Helena Lindgren
Leg barnmorska
Professor i reproduktiv hälsa