Region Stockholm

12

Utvärdering av projektet Min Barnmorska

HSN 2021-2262

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Planeringsenhet
Malin Emond

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-11-04

HSN 2021-2262

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Utvärdering av projektet Min Barnmorska

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i verksamhetsplanen 2020 i uppdrag att utvärdera det statsbidragsfinansierade projektet Min Barnmorska. Syftet med utvärderingen har varit att utreda om vårdformen ska permanentas eller avvecklas när finansieringen via statliga stimulansmedel upphör. Utvärderingen av projektets resultat har gjorts enligt de fyra kriterierna utfall, framtida avtalsform, organisation och finansiering.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att inom ramen för revideringen av vårdval förlossning utreda hur den vårdform som utarbetats i projektet Min Barnmorska, utifrån Caseload midwifery, kan införas för en prioriterad grupp gravida. Utredningen inkluderar också ekonomiska ramar och utformning av avtalsmodell.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att förlänga projektet Min Barnmorska under 2022. Finansiering sker med medel från den statliga satsningen på kvinnors hälsa och förlossning.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Hösten 2018 påbörjades projektet Min Barnmorska, med hjälp av finansiering från den statliga satsningen på kvinnors hälsa och förlossning, som utbetalats sedan 2016 och sträcker sig fram till 2022. Projektägare för Min Barnmorska är Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, i samarbete med Stockholms Läns sjukvårdsområde, SLSO.

Den barnmorskeledda kontinuitetsmodellen som erbjuds inom projektet Min Barnmorska kallas internationellt för Caseload midwifery. Caseload kan översättas till ”samlat antal patienter” och åsyftar att ett team av barnmorskor delar ansvar för en patientgrupp.

Målet med Caseload midwifery är att förbättra kontinuiteten inom vårdkedjan samt stärka relationen mellan den gravida och barnmorskan. Detta för att öka tryggheten för den gravida genom graviditet, förlossning och eftervård. En trygg och positiv upplevelse av hela förloppet gynnar föräldrar, barn och anknytningen dem emellan. Den gravida har inom barnmorsketeamet en primär barnmorska som är ansvarig för den födandes vård före, under och efter födseln. Detta upplägg och arbetssätt innebär att barnmorskan arbetar jour, alltså är beredd att rycka ut när barnmorskans primära patienter kan väntas föda. Om den födandes primära barnmorska inte är tillgänglig när förlossningen sätter igång rycker en annan barnmorska i teamet in, som den gravida har träffat innan.

Projektet har främst vänt sig till gravida som uppvisar förlossningsrädsla enligt den internationella FOBS skalan (Fear of birth scale) men även gravida som inte är förlossningsrädda har kunnat anmäla intresse.

Caseloadmodellen har funnits internationellt sedan länge och är väl etablerad i Danmark, Holland, England och framförallt i Australien. Region Stockholm är först i Sverige med att pröva vårdformen.

Vårdkedjan
Min Barnmorska erbjuder en sammanhållen vårdkedja genom graviditet, förlossning och eftervård och skiljer sig därmed mot den standardvård som erbjuds inom Region Stockholm. En viss kontinuitet finns inom standardvården då den gravida träffar samma barnmorska på samtliga besök i mödravården. Men under förlossning och eftervård är det barnmorskor vid förlossningsenheterna som vårdar den gravida. Nedan listas andra viktiga skillnader mellan standarvården och den vård som erbjuds inom Min Barnmorska;

- Under vårdtiden på barnmorskemottagningen träffar den gravida utöver sin primära barnmorska även övriga tre barnmorskor i barnmorsketeamet.

- I det tidiga förlossningsskedet kontaktar den gravida Min Barnmorska istället för att ringa till förlossningsavdelning på sjukhuset. Istället för att åka in till sjukhuset för en bedömning, kan en av teamets barnmorskor då göra ett eller flera hembesök. Teamets barnmorska kan ge smärtlindring i form av t ex TNS-stimulering eller smärtstillande medicin redan i hemmet. Fördelen för den gravida är att slippa momentet att åka själv till sjukhuset i detta skede som gagnas av lugn, ro och trygghet.

- Förlossningen sker på förlossningsavdelningen på Karolinska Huddinge där en barnmorska från teamet ansvarar för förlossningen.

- Efter förlossningen och utskrivning från BB har familjen kontakt med Min Barnmorska som vid ett hembesök kallat ”BB-hemma”, utför moment som i standardvården görs på sjukhusets BB-avdelning, Vid detta hembesök tas PKU-prov på barnet, man väger, kontrollerar eventuell gulsot, observerar amning och bedömer den nyförlöstas status. Vanligtvis görs ett sådant hembesök, men vid behov kan familjen få upp till tre besök. Familjen kan ringa till Min Barnmorska när helst de behöver för rådgivning under BB-hemma-tiden. BVC tar sedan över vården för barnet. Innan BB-hemmavården avslutas, bokas besök på barnmorskemottagningen för två sedvanliga efterkontroller upp till 16 veckor efter förlossningen.

Överväganden
Förvaltningen har i enlighet med det uppdrag som gavs i verksamhetsplanen 2020, utvärderat Min Barnmorska i syfte att planera för implementering alternativt utfasning av vårdformen när den statliga finansieringen löper ut 2021-12-31. Utvärderingen av projektets resultat har gjorts i enligt med de fyra kriterierna som uppdraget stipulerar; utfall, framtida avtalsform, organisation och finansiering. Inom kriteriet utfall har förvaltningen, utöver medicinskt utfall, även tittat på konsekvenserna för barnmorskornas arbetsmiljö samt patientupplevelse.

Nedan redogörs för förvaltningens slutsatser.

Medicinskt utfall
Karolinska Institutet och Enheten för kliniska Epidemiologi har genomfört en utvärdering av det medicinska resultaten inom projektet. Utvärderingen är genomförd och författad av Mia Ahlberg Leg Barnmorska PhD och Xingrong Liu Statistiker PhD.

Kvinnor som vårdats inom projektet Min Barnmorska jämfördes med en matchad kontrollgrupp som vårdats inom standardvården. Kontrollgruppen matchades på centrala variabler som skilde sig åt mellan grupperna. De faktorer som jämnades ut med så kallad propensity score matchning var kvinnans ålder, kvinnans längd, kvinnans BMI, paritet, tvillinggraviditet, maternell sjuklighet, psykologisk eller psykiatrisk sjuklighet, tidigare kejsarsnitt, rökning, utbildningsnivå och födelseland. Efter matchningen var grupperna balanserade på dessa variabler.

Några resultat är särskilt intressanta. Om kvinnan vårdades i en kontinuerlig vårdkedja så:

- minskade risken att föda med ett planerat kejsarsnitt med en medicinsk indikation med 62 procent och att föda med planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation (psykosocial indikation) med 85 procent
- minskade risken att barnets föddes för tidigt (före vecka 37+0) med 57 procent
- minskade risken att barnet föddes stort för tiden med 52 procent
- minskade andel kvinnor som använde epidural eller spinal bedövning med 21 procent
- ökade chansen att kvinnan ammade fullt vid 4 veckors ålder med 12 procent
- minskade den totala vårdtiden på sjukhus i samband med födsel med 9 timmar, varav minskad vårdtid på sjukhus efter förlossning med 7,5 timmar

Resultaten av studien visar att det kan finnas fördelar att vårda gravida, särskilt personer med förlossningsrädsla, i en sammanhållen vårdkedja. Vårdformen resulterade i en minskning av andel kejsarsnitt och en ökad andel spontana vaginala födslar, vilket är positivt ur ett medicinskt perspektiv. För barnen kunde man inte identifiera några risker utan snarare en högre säkerhet med en minskad andel för tidiga födslar och färre barn som föddes stora för tiden samt en högre andel som ammas fullt. Dessa positiva resultat pekar åt samma håll som tidigare internationella studier

som studerat av effekten av en sammanhållen vårdkedja på mors och barns hälsa.

Patientupplevelse
Förvaltningen har tagit del av flera universitetsuppsatser där intervjuer med patienter som omhändertagits inom Min Barnmorska genomförts samt patientenkäter som projektet genomfört. Utifrån dessa tycks de gravida samt deras anhöriga vara mycket nöjda med den kontinuitetsbaserade vårdformen.

Arbetsmiljö
I nuläget finns svårigheter att fullt ut bemanna förlossningsenheterna inom regionen. Det förekommer att barnmorskor lämnar förlossningsvården på grund av påfrestande arbetsmiljö.

Ett av skälen till att starta projektet Min Barnmorska var att erbjuda barnmorskor en annan, kontinuitetsbaserad, arbetsform för att se om den var attraktiv och kunde bidra till att behålla barnmorskor inom förlossningsvården. De medarbetarenkäter som Min Barnmorska genomfört är positiva och projektet uppger att det inte varit någon personalomsättning alls under projektperioden. Projektet framhåller även att det har varit lätt att rekrytera barnmorskor. Att arbeta inom vårdformen innebär dock att ha beredskapstid och att arbeta på ett annat sätt än inom den ordinarie förlossningsvården, vilket man ska ha i åtanke inte passar alla barnmorskor. Barnmorskorna inom projektet arbetar schemalagt 18 timmar per vecka på barnmorskemottagning samt på förlossningsavdelning, med beredskapstid 20 timmar per vecka för de kvinnor i teamet som ska föda. I jourberedskapen ingår också BB hemma, telefonrådgivning samt administrativa uppgifter. Förvaltningens slutsats är att vårdformen skulle kunna vara attraktiv och skulle kunna bidra till att vissa barnmorskor vill arbeta kvar inom förlossningsvården.

Framtida avtalsform och organisation
Standardvården i region Stockholm är organiserad utifrån fyra olika vårdval.

- Barnmorskemottagning/Mödrahälsovård
- Obstetrisk ultraljudsmottagning
- Förlossning
    - Tilläggsuppdrag inom utökat förlossningsvård v 32-37
    - Tilläggsuppdrag inom hemförlossning
- Barnhälsovård (BVC)

- Tilläggsuppdrag amningsmottagning

Förvaltningen föreslår att om vårdformen ska permanentas bör det göras i form av ett tilläggsuppdrag till vårdval förlossning. Fördelen är att det följer Region Stockholms avtalsstruktur med vårdvalsuppdrag för gravida samt att ett tilläggsuppdrag är relativt enkelt att anpassa och justera, vilket är en fördel vid införandet av nya vårdformer. Ett tilläggsuppdrag till vårdval förlossning är också fördelaktigt utifrån att patientsäkerhet och kvalitetsledningssystem är inordnade i den ordinarie förlossningsverksamheten.

Finansiering
Förvaltningen kan konstatera att vårdformen genererar vissa merkostnader utöver de ordinarie kostnaderna i slutenvården. För öppenvården har inga merkostnader identifierats. Beräkningar av merkostnaderna per förlossning visar på en ökad kostnad per förlossning med 7400 kronor, vilket motsvarar en ökning om 20 procent. Beräkningarna baseras på uppgifter dels från projektet, dels på egna analyser som förvaltningen genomfört. De ökande kostnaderna är relaterade till organiseringen av vårdformen, till exempel högre bemanningskostnader på grund av beredskapstiden samt kostnader kopplade till transport och annan utrustning som krävs för att kunna göra hembesök.

Om vårdformen skulle användas som modell för 2500 förlossningar skulle de ökade kostnaderna på ett år bli 18,5 miljoner. Beställarens kostnad för vårdval förlossning 2021 är beräknad till 1,2 miljarder kronor.

De ökade kostnaderna ska vägas mot medicinska och kostnadsreducerande fördelar så som färre kejsarsnitt, kortare medelvårdtider, färre induktioner (igångsättningar) samt att färre barn som föds för tidigt och i behov av neonatalvård. Vårdformen har också uppvisat positiva resultat gällande personalomsättning vilket också innebär en kostnadsbesparing då resurser inte behöver läggas på rekrytering och inskolning av ny personal. Alla dessa utfall minskar kostnaderna för vården. Som exempel kan nämnas att det på 587 förlossningar inom Min Barnmorska skedde 45 färre kejsarsnitt jämfört med motsvarade antal förlossningar inom standardvården, vilket motsvarar en minskad kostnad på en miljon kronor. För exemplet med 2500 förlossningar innebär det en minskad kostnad för beställaren gällande kejsarsnitt med 4,3 miljoner kronor. Minskat antal kejsarsnitt leder också till en ökad bemanningskapacitet då kejsarsnitt är resurskrävande.

Ekonomiska konsekvenser

Förvaltningen bedömer att de ökade kostnaderna är motiverade för en prioriterad grupp av gravida med stark förlossningsrädsla, men att ett breddinförande bör ske med någon form av kostnadskontroll. Hur vårdformen bör avgränsas och med vilka urvalskriterier behöver utredas vidare. Utredningen bör ske inom ramen för revideringen av vårdval förlossning som påbörjas under fjärde kvartalet 2021.

De ekonomiska konsekvenserna kan bedömas först efter att utredningen är genomförd.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Vårdformen Caseload midwifery, har utvärderats flera gånger internationellt avseende arbetsmiljö och patientsäkerhet med goda resultat. Den utvärdering som nu gjorts vid Karolinska Institutet visar att vårdformen även i en svensk kontext ger goda resultat. Bland de gravida ses en ökad nöjdhet med vården, där bemötande och delaktighet är viktiga faktorer för psykosocialt välmående, vilket kan påverka medicinska resultat positivt på kort och lång sikt.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förvaltningen avser i enlighet med detta tjänsteutlåtande att utreda vidare hur vårdformen kan införas för en prioriterad grupp av kvinnor vilka uppvisar stark förlossningsrädsla. Vägledande för hur urvalet ska ske är hälso- och sjukvårdslagen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Miljökonsekvenser
Förslaget innebär i nuläget oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget innebär i nuläget oförändrade administrativa konsekvenser.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lena Hanberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till

Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2021-11-04