

Temadag

Individualiserad förlossningsvård – vem bestämmer? 2016-10-26

Arrangerad av www.barnmorskeforbundet.se och www.sfog.se.

Muntlig presentation av Ingegerd Hildingsson, barnmorska, professor.

För bilder – se powerpointpresentationen [Vårdformer vid barnafödande, kunskapsläge, önskemål och riktlinjer.](#)

Jag kommer att prata om kunskapsläget, vad det finns för evidens för olika vårdformer. Jag kommer också att berätta om föräldrars önskemål om vårdformer från nationella och regionala studier.

Jag tänkte börja med att uppdatera oss alla om vårt uppdrag. I hälso- och sjukvårdslagen står det att vi ska tillhandahålla evidensbaserad vård, den ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare att vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten skall visas omtanke och respekt

Vad menar vi när vi pratar om evidens?

Willman och Stoltz har gjort en översättning av Sacketts definition om evidensbaserad medicin, den lyder såhär: ”Evidens är det samvetsgranna, tydliga och omdömesgilla användandet av bästa aktuella bevis för beslut om individuella patienters vård. Användandet av EBM innebär att integrera individuell klinisk expertis med bästa tillgängliga kliniska bevis från systematisk forskning”

Tillämpningen av EBM innehåller dels ett förhållningssätt och en vilja genom tillämpa bästa vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut. Dels innebär det en Process i att - systematiskt sammanställa, kvalitetsgranska, värdera, tolka, och tillämpa befintliga forskningsresultat

Vid framtagning av evidens ser man inte till enskilda studier utan man gör Kunskapssammanställningar, i form av Systematiska litteraturöversikter, Meta-analyser på kvantitativa studier, Meta-synteser på kvalitativa studier men även Integrativa litteraturöversikter

Hur hittar vi evidens?

Health Technology Assessment (HTA), Sverige: Statens Beredning för Medicinisk Utvärdering (SBU), Cochrane collaborations översiktsartiklar.

När man väntar och ska föda barn i Sverige är ju normen att man har sin vård vid barnmorskemottagning, där man oftast träffar samma barnmorska och oftast har individuella besök. Förlossningen sker på sjukhus, där har man sällan en känd barnmorska. Det finns få alternativ i förlossningsvården. Eftervården kännetecknas av kort vårdtid och ibland hembesök

Normen vid födandet är alltså att den sker vid förlossningsavdelning på sjukhus. I Sverige har det funnits några alternativa vårdformer som gått i graven och hemförlossning är ju väldigt sällsynt.

Vänder vi blickarna mot andra länder så finns det fler alternativ, till exempel olika typer av Normalförlossningsenheter (lågrikenheter), Birth centers, det vi i Sverige kallat ABC-kliniker (fristående eller på sjukhus). Det finns också modeller med team och det som kallas case-load - vi kommer tillbaka till det strax.

När man har studerat effekter av olika vårdformer så har man använt Kohortstudier - följer en grupp över tid - eller Randomiserade studier - där kvinnor lottas till olika vårdformer. I de randomiserade studier som finns så är urvalet oftast kvinnor bedömda ha låg risk för komplikationer. Ibland har man sett avhopp från randomiserade studier om man är missnöjd med lottning. En viktig sak gäller också analysförfarandet i randomiserade studier, Intention-to-treat- analyseras i den grupp man lottats till oavsett överflyttning

De utfall som oftast studerats är dels de Obstetriska/medicinska utfall som Interventioner och andelen Operativa förlossningar och där har man har ofta sett att vissa grupper är mer utsatta. Ett annat vanligt utfall är Tillfredsställelse med vården där man sett att vissa grupper är mindre nöjda: låg utbildning, yngre, förstföderskor, ensamstående, att det har betydelse om man fått välja vårdform/lottats, och det har betydelse när man frågar.

Viktigt att inte fråga om tillfredsställelse med vården för tidigt, man får dels socialt accepterade svar om kvinnorna svarar på frågor om hur de upplevt vården när de fortfarande är kvar på sjukhuset, dels vet man att kvinnor behöver tid att processa sina upplevelser, vi vet till exempel att förlossningsupplevelsen ändras över tid.

När det gäller vård vid lågriskenhet så finns det en Cochrane review från 2012. Där ingår tio randomiserade studier med 11,795 kvinnor. Alla studier var utförda på sjukhusanslutna lågriskenheter. Inga RCT av fristående enheter hittades

Att lottas till vård vid lågriskenhet innebar minskad risk för att behöva epiduralbedövning eller oxytocinstimulering, eller att förlossningen avslutades med sugklocka eller tång, och en lägre risk för klipp i bäckenbotten.

Att lottas till vård vid lågriskenhet ökade chanserna till: att inte använda smärtlindring, spontan vaginal förlossning, att man ammade 6-8 veckor efter förlossning och att få en Mycket positiv förlossningsupplevelse

Den slutsats författarna drog från den här systematiska översikten är att Lågriskavdelningar på sjukhus har samband med lägre förekomst av medicinska interventioner under förlossningen och högre grad av tillfredsställelse utan att öka några risker för mor eller barn

Modeller som främjar kontinuitet återfinns inom vårdformerna Team midwifery, Caseload midwifery, Känd jordmor/known midwife/one-to-one care och finns även inom ABC-vård

Team midwifery utvecklades starkt i slutet av 1990-talet och vanligtvis arbetar 6-10 barnmorskor i grupp, varje barnmorska ansvarar för 40 gravida kvinnor per år. Man har ofta ett roterande schema mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård. I studier av team midwifery har vanligtvis kvinnor med låg risk för komplikationer inkluderats. Vårdformen är vanligast förekommande i Australien och England

Men den vårdform som kommer allra starkast är case-load där en barnmorska är huvudansvarig för vården av kvinnan och har en kollega som täcker upp vid frånvaro. Vårdformen innebär hög grad av kontinuitet eftersom barnmorskan följer kvinnan från graviditet-förlossning-eftervård upp till barnet är 6 veckor. Förlossningen kan ske i hemmet, på sjukhus eller Birth centers. England, Australien och Nya Zeeland är de länder där vårdformen fått starkast fäste. Jag vill särskilt belysa två stora studier om caseload.

En stor studie COSMOS, genomfördes i delstaten Victoria, Australien, där är kejsarsnittsfrekvensen är 30 %, och 50 % har privat vård. I den här randomiserade studien ingick 2314 kvinnor, offentlig vård, lågrisk, lottade antingen till caseload vilket innebar att ha en primär barnmorska genom vårdkedjan och viss vård av ersättare eller till Standardvård - OB eller GP eller BM (oftast mix). Det primära utfallet: Andel kejsarsnitt och Sekundära: Instrumentell förlossning, bristningar, induktioner, neonatalvård, graviditetslängd, Apgarbedömning, födelsevikt.

Analysen gjordes enligt Intention-to-treat (analyseras i den grupp man lottats till oavsett vad som händer). Resultatet visade att kvinnor som fått caseload hade mindre risk för kejsarsnitt, fler vaginala födslar, färre epiduralbedövningar, färre klipp och färre barn som behövde neonatalvård. Den slutsats man drog från studien var att på sjukhus med hög kejsarsnittsfrekvens kan barnmorskeledd vård minska andelen CS bland kvinnor bedömda ha låg risk för komplikationer

Nästan samtidigt gjordes en liknande studie i Sydney Australien. Där ingick även kvinnor bedömda som hög risk, men man exkluderade tvillinggraviditeter och planerade kejsarsnitt. De 1748 kvinnorna lottades till att ha en barnmorska genom hela vårdkedjan samt viss vård av ersättare. Även i den här studien kunde standardvård innebära att man träffade flera olika vårdgivare. Även här var det Primära utfallet Andelen kejsarsnitt och de Sekundära: förlossningssätt, EDA, neonatalvård, prematurfödsel Apgarbedömning, men man tittade även på kostnader.

Det var samma analyssätt. När kvinnor med olika grader av risk ingick i studien fann man ingen skillnad i kejsarsnittsfrekvens, ingen skillnad i instrumentella förlossningar, ingen skillnad i spontana vaginala födslar, ingen skillnad i EDA eller neonatal utfall men en billigare vård. Den slutsats som drogs var att Caseload midwifery är en säker och billig vårdform för alla kvinnor oavsett risk.

De två studierna om caseload ingår också i en cochranereview där sammanlagt 15 randomiserade studier med 17 674 kvinnor ingår. Alla studier bedömdes ha hög kvalitet. Sammantaget fann man att kvinnor som fått caseload hade färre epiduralbedövningar, färre instrumentella förlossningar och klipp, fler spontana förlossningar, något längre förlossningsförlopp och färre prematura förlossningar. Vidare att dessa kvinnor hade färre sena missfall, oftare en känd barnmorska med vid förlossningen, nöjdare kvinnor och en billigare vård. Slutsatsen blev att alla kvinnor bör erbjudas barnmorskeledd vård med kontinuitet.

Man måste förstås ställa sig frågan om caseload är en bra modell för barnmorskor?

Jag har hittat två studier som visar att trots att barnmorskor är i beredskap så minskar risken för utbrändhet och arbetstillfredsställelsen ökar om man arbetar i caseload. Jag gjorde för några år sen en studie av ett nationellt urval av barnmorskor där vi ställde frågan ”Hur tycker du att vården bör förändras? Hur

skulle du vilja arbeta”? Många barnmorskor skrev kommentarer om önskemål om arbeta med kontinuitet, normalavdelningar, ABC-vård.

Jag tänkte bara nämna lite kort om hemförlossningar.

Även om det är en alternativ vårdform så är det ju väldigt ovanligt i Sverige men globalt är det den vanligaste förlossningsplatsen fast det inte alltid är önskvärt. Även om det erbjuds hemförlossning kan det vara svårt att hitta barnmorska. I Sverige är förekomsten av hemförlossningar minde än 1/1000 (ingår ej i HS, undantag Stockholm). I Norge 2/1000 (ingår HS, skattefinansierat, Finland 0,5/1000 (ingår ej i HS), Danmark 12/1000 (ingår HS, skattefinansierat), Island 18/1000 (ingår HS, skattefinansierat). Holland 30/100 (ingår HS) som påbörjar hemförlossning.

I Sverige är ju hemförlossning ett hett debatterat ämne, trots de studier som finns om säkerhet. Det finns 1 randomiserad studie – 11 kvinnor ingår. Inte användbar. Men man ser väldigt olika på förlossning i världen.

I Sverige starkt motstånd framför allt från förlossningsläkare, och i USA – (2008) rekommenderar sjukhusförlossning för alla. Men i England stadgar (NICE guidelines) att friska omfödorskor kan rekommenderas att föda hemma.

Det här schemat – se powerpoint presentation - visar utfall för förstfödorskor och omfödorskor i relation till förlossningsplats. Man har utgått från den planerade förlossningsplatsen och resultatet visar att interventionerna ökar ju mer medikaliserad vården är.

Men utifrån den här genomgången så rekommenderas kvinnor i England, när de är bedömda ha låg risk för komplikationer (cirka 45%): att man ska förklara för kvinnor att de kan välja förlossningsplats, uppmuntra omfödorskor till hemförlossning eller på barnmorskeledd enhet, uppmuntra förstfödorskor att föda på barnmorskeledd enhet på sjukhus. Och om förstfödorskor vill föda hemma bör de upplysas om något ökade risker för barnet

Även i Holland som har flest hemförlossningar i Europa har man genomfört en Nationell kohortstudie: 743 070, lågriskbedömda kvinnor, barnmorskeledd vård, planerat hemma eller på sjukhus. Av alla dessa hade 63% planerat att föda hemma. Utfallet som studerades var Perinatal mortalitet upp till 28 dagar pp. Resultatet visade att bland Förstfödorskor: 1.02/1000 hemma, 1.09/1000 på sjukhus, bland Omfödorskor: 0.59/1000, 0.58/1000. Man jämförde neonatalvård

och fann ingen skillnad mellan förstföderskor med planerad hem eller sjukhusförlossning, men lägre förekomst hos omföderskor som planerat föda hemma. Man fann ingen ökad risk för svåra perinatale utfall, men studiens resultat sågs vara begränsad till regioner där hemförlossning ingår i sjukvårdssystemet

Men då kommer vi till frågan om alternativa vårdformer är intressant för svenska kvinnor? Hur många kvinnor i Sverige vill föda hemma? Hur många kvinnor vill föda på ABC-klinik? Finns det intresse för vårdformer som innebär kontinuitet med samma barnmorska?

Jag vill presentera data från en Nationell och en regional studie där vi ställt samma frågor till kvinnor under och efter graviditet. I den nationella studien som kallas KUB-projektet ingår drygt 3000 kvinnor och i den regionala som kallas FIV-Föda Barn i Västernorrland ingår 1200 kvinnor.

I den nationella studien som genomfördes 1999-2000 så önskade mellan 2-5% föda hemma, i den regionala studien som genomfördes 2007-2008 var det omkring 2%. Samtidigt kan vi ju konstatera att det är betydligt fler än den lilla promille som faktiskt sker.

Vissa faktorer hade samband med att önska hemförlossning. I den nationella studien var det kvinnor med låg utbildningsnivå, som ville ha barnets syskon eller väninna med, de ville inte ha farmakologisk smärtlindring och de var missnöjda med de medicinska aspekterna av förlossningsvården. I det regionala projektet fann vi inga skillnader i bakgrundsfaktorer.

När det gäller ABC-vård så föregicks frågan av en förklaring om att ABC-vård innebär mödra-och förlossningsvård i hemlik miljö med samma barnmorskor där naturlig förlossning eftersträvas och medicinsk teknik är begränsad. I den nationella studien var det omkring en fjärdedel av kvinnorna som önskade denna vårdform. I den regionala studien mellan 5-8%.

Kvinnor som önskade ABC-vård i KUB-projektet ville ha en känd barnmorska med, ville inte ha farmakologisk smärtlindring, Upplevt kontroll under förlossningen. I FIV-projektet: Inga skillnader i bakgrundsfaktorer i mitten av graviditet, men fler som hade fött sitt första barn var intresserade av vårdformen när de tillfrågades två månader efter förlossningen.

Hur var det då med frågan om kontinuitet med samma barnmorska?
Jo, kring hälften av kvinnorna i båda undersökningarna önskade detta.

Vi fann en del likheter i bakgrundsfaktorer i de båda studierna. Det var yngre kvinnor, förstföderskor och förlossningsrädda kvinnor som önskade kontinuitet. I det regionala projektet såg vi även detta intresse bland kvinnor som ej var sammanboende.

Som slutord vill jag poängtera att alternativa vårdformer, särskilt för kvinnor bedömda ha låg risk för komplikationer ser ut att vara medicinskt säkra, kostnadseffektiva och svarar upp mot kvinnors önskemål

Jag vill avsluta med ett citat från en av barnmorskorna som besvarade frågeformuläret om arbetsmiljö och hälsa, eftersom jag tror att barnmorskor kommer tillbaka till vården om de får möjlighet att arbeta i vårdformer som baseras på evidens och kvinnors önskemål

”Min erfarenhet är att småskalighet som medför kontinuitet och överblickbarhet är oerhört viktiga parametrar både för dem som ger vård och dem som får vård. Åtminstone är det avgörande i vården av något så ”primitivt och omodernt” som barnafödandet. Kvinnor behöver en oas med lugn och ro när de ska föda. De behöver en grupp, helst med välkända, och trygga barnmorskor kring sig och som har tilltro till att våga föda. Barnmorskor blir trygga i en miljö där det är kutym att trygga varandra som grupp. Där ödmjukhet och inte rädsla inför det oförutsedda odlas i gruppen....”

2016-10-26 Ingegerd Hildingsson