

Marie Ekborn projektledare
Mia Ahlberg Omvårdnadsansvarig

Slutrapport för projekt Min Barnmorska

**Graviditet och förlossning
BB Karolinska Huddinge
Karolinska Universitetssjukhuset
i samarbete med
SLSO BMM Södra
20180901–20221231**

Projektnamn	Min Barnmorska
Ansvarigt sjukhus/enhet/mottagning	Karolinska Universitetssjukhuset OO Gravitetet och förlossning, BB Huddinge i samarbete med SLSO BMM Södra
Projektledare namn och kontaktuppgifter	Marie Ekborn marie.ekborn@regionstockholm.se
Startdatum	2018-09-01
Slutdatum	2022-12-31
Beviljade medel totalt	50 150 tkr
Specificerad disponering av medel	<p>Beskriv i punktform hur medlen har använts. Specificera per år vid flerårigt projekt:</p> <p>2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalkostnader uppstart, organisation, inskolning för 6 barnmorskor - Inköp av material för poliklinisk vård i hemmet - Inköp av kläder för poliklinisk vård i hemmet - Leasing av 2 bilar - Lön projektledare och chef - Lön för 6 barnmorskor - Undervisning och utbildning i caseload midwifery internt - Studiebesök i Danmark ”kent Jordemor” för styrgrupp och barnmorskor i Min Barnmorska - Styrgruppsmöten med SLSO var 14:e dag <p>2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utökning och rekrytering av barnmorskor till ett tredje Team - Inskolning nya barnmorskor - Leasing av ytterligare 1 bil - Inköp av material för poliklinisk vård i hemmet - Inköp av kläder för poliklinisk vård i hemmet - Fortbildning och fördjupning i samtalsmetodik och stöd vid förlossningsrädsla - Studiebesök England Caseload midwifery för styrgrupp och barnmorskor - Lön projektledare och chef - Lön för 9 barnmorskor -Handledning för 9 barnmorskor av psykolog - Styrgruppsmöten med SLSO 1 gång per månad <p>2020</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utökning och rekrytering av barnmorskor till ett fjärde Team i Skärholmen samt ökning av Teamstorlek till 4 barnmorskor per team - Inskolning nya barnmorskor - Leasing av en fjärde bil - Långtidshyra ”nattbilar” för utvärdering om bättre logistik - Tilläggsavtal hemfödslar drivs av Min Barnmorska

- | | |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Inköp av utrustning för hemfödslar (dopton, läkemedelsväska, TENS-apparater, akututrustning mm)- Inköp av kläder för poliklinisk vård i hemmet- Simuleringsträning akut situation vid hemfödelse- Utbildningsdag hemförlossning med föreläsning och skillsträning- Lön för projektledare och chef- Lön för 16 barnmorskor-Handledning för 16 barnmorskor med psykolog |
| 2021 | <ul style="list-style-type: none">- Lön för 16 barnmorskor- Lön för projektledare och chef- Leasing av fyra bilar- Långtidshyra av fyra bilar |
| 2022 | <ul style="list-style-type: none">- Lön för 16 barnmorskor- Lön för projektledare och chef- Inköp av kläder för poliklinisk vård i hemmet- Nyinvestering av barnvagnar 4 st- Leasing av fyra bilar- Långtidshyra av fyra bilar |

Beskrivning Caseload Midwifery och Min Barnmorskas kontinuitetsmodell

Den barnmorskeledda kontinuitetsmodellen som erbjuds inom projektet Min Barnmorska kallas internationellt för Caseload midwifery och åsyftar att ett team av barnmorskor delar helhetsansvar för vården av en grupp gravida genom *hela* vårdkedjan från inskrivningsbesöket på mödravården till förlossning och eftervård. 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 startar 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).

Bakgrund

Hur kan vi utveckla och modernisera svensk förlossningsvård i enlighet med evidens och rekommendationer samt tillvara ta brukarnas önskemål om ökad individualisering och delaktighet i sin vård?

De gravida

En svensk forskningsrapport från 2015 visar att ca 50 % av alla tillfrågade kvinnor önskar att ha samma barnmorska under graviditets-, -förlossning och eftervård (1). Socialstyrelsens rapport om Vård efter förlossning visar på brister i kommunikation mellan olika aktörer runt den nyblivna familjen (Socialstyrelsen 2017). I en publicerad rapport från Sveriges Kommuner och Landsting 2021 beskrivs behovet av nya vårdformer och vårdformen ”Caseload midwifery” lyfts fram som ett alternativ (1). Delaktighet och individanpassad vård är hörnpelare i den nya patientlagen och därför högst angeläget att utveckla.

Gravida som är förlossningsrädda har ökat och enligt SBU:s rapport från 2021 finns det ett behov av mer stärkande och förebyggande åtgärder för den här gruppen av gravida (2). På Karolinska Universitetssjukhuset i samarbete med SLSO ställde vi oss frågan om vi kunde arbeta på annat sätt för att möta ett utökat behov av trygghet under graviditeten. Finns det en möjlighet att minska kejsarsnitt på psykosocial indikation med ökat stöd runt den gravida med förlossningsrädsla?

Vi antog också att andra grupper av gravida kan ha ökat vårdbehov där en relationell kontinuitet kan vara av värde. Exempel kan vara tidigare misstro mot vården, tidigare eller pågående psykisk ohälsa, utrikesfödd, ung eller ensamstående. Eftersom ett flertal internationella studier har visat att ökad kontinuitet i vårdkedjan är gynnsam och ökar tryggheten för gravida (3) ansåg vi att det fanns god evidens för att implementera vårdformen och utvärdera effekterna retrospektivt.

Barnmorskorna

Barnmorskor är utbildade i att ta hand om kvinnan i hela vårdkedjan och önskemål om att utveckla vården för kvinnor finns inom professionen. I Stockholm finns idag svårigheter att bemanna förlossningsavdelningarna och nya arbetssätt är avgörande för att behålla och locka tillbaka barnmorskor i yrket och till förlossningsvården. I en enkät till barnmorskor i Stockholms läns landsting utförd av Stockholms barnmorskesällskap var en av de viktigaste parametrarna för att komma tillbaka till förlossningsvården att få arbeta med hela vårdkedjan och att arbeta med en kvinna under förlossningen. Under projektets gång har vår strävan varit att beakta båda perspektiven; de gravidas möjlighet till en bättre vård och barnmorskors möjlighet till en förbättrad arbetsmiljö. Nya studier om barnmorskors arbetsmiljö har tillkommit under projektets gång. Exempelvis ”*A perfect fit*” *Swedish midwives interest in continuity models of midwifery care* som publicerades 2022 visar att 56,1% av svenska barnmorskor önskar arbeta i kontinuitetsmodeller (7). Malin Hanssons avhandling från 2021 ”*A meaningful work in a strained context*” visar på behovet av att undersöka och förbättra arbetsmiljön och olika karriärvägar för svenska barnmorskor (8).

Evidens kontinuitetsmodeller

Redan vid projektets start fanns gedigen internationell forskning om Caseload midwifery. I en metaanalys från 2016, *Midwife led continuity of care models versus other models of care*, jämförs 17,674 kvinnor och barn i randomiserade kontrollerade studier från länder som Storbritannien, Irland, Holland, Danmark, Australien och Nya Zeeland med goda medicinska och psykologiska resultat (8). Flera studier från Danmark om patientsäkerhet och nöjdhet hos barnmorskorna visade goda resultat (4-7) varför projektet i första hand hade som fokus att kopieras och implementeras i en svenska kontext.

Syfte

Att erbjuda kvinnor, primärt förlossningsrädda, en vårdform som innebär att kvinnan vårdas av en barnmorska eller en grupp av barnmorskor under graviditet, förlossning och eftervård.

Mål

Att erbjuda kvinnor en sammanhållen vårdkedja under graviditet, förlossning och eftervård

Attrahera fler kvinnor att föda på Huddinge sjukhus

Behålla samt rekrytera barnmorskor till Huddinge sjukhus

Utvärdera vårdformen medicinskt (patientsäkerhet), hur barnmorskor upplever att arbeta i vårdformen samt en hälsoekonomisk analys av vårdformen.

Verksamhetsbeskrivning

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 oftast träffar 1-2 barnmorskor under graviditeten. Men under förlossning och eftervård är det barnmorskor vid förlossningsenheterna som vårdar den gravida som i standardvård är okända för kvinnan. Nedan listas andra viktiga skillnader mellan standardvården 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. Den gravida och partner erbjuds också förlossnings och föräldraförberedande kurs vid 2 tillfällen under graviditeten där hon i huvudsak träffar de andra barnmorskorna i teamet.
- Alla gravida har tillgång till teamet dygnet runt via telefon eller sms.
- I det tidiga förlossningsskedet kontakter den gravida Min Barnmorska istället för att ringa till förlossningsavdelning på sjukhuset. För att slippa 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.
- Den födande garanteras kontinuerlig närvaro av känd barnmorska under födseln.
- 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 ger råd 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 över vården för barnet efter 7 dagar.
- Innan BB hemmavården avslutas, bokas besök på barnmorskemottagningen för postpartum-besök hos den som bistått den födande under förlossningen samt kontroll av eventuell bristning. Ett ytterligare besök bokas till patientansvarig barnmorska för efterkontroll och preventivmedelsrådgivning vid ca 8 veckor post partum.

Psykologiskt stöd

Gravida med förlossningsrädsla har fått stödsamtal genom Min Barnmorska och inte remitterats till Aurora enheten på sjukhuset vilket är den normala ordningen. Initialt fanns en oro hos barnmorskorna att hantera dessa. En fortbildningsinsats skapades med föreläsningar av barnmorskor med erfarenhet och utbildning i stödsamtal. Samtliga barnmorskor i teamen har fortlöpande gått MI utbildning i SLSO regi. Projektet har också finansierat regelbunden handledning med psykolog för att stötta barnmorskorna i sitt uppdrag. Detta sammantaget har gjort att stödsamtalen fallit väl ut. Några få kvinnor har trots stödsamtal velat ha ett elektivt kejsarsnitt pga. sin oro vilket då har ombesörjts.

Att arbeta med relationell vård är speciellt; både svårt, utvecklande och givande. Förväntningarna kan vara höga vilket ibland kan upplevas som kravfyllt av barnmorskorna. Vi vill här passa på att tacka de fenomenala barnmorskorna i Min Barnmorska som med stort engagemang och kunskap guidat och vårdat kvinnorna genom graviditet, förlossning och BB tiden. Deras kunskap och professionalism har varit avgörande för goda utfall.

Avsteg från ursprunglig projektansökan

Utökning av projektet

För att hitta hållbara lösningar för barnmorskor i beredskap och att möta upp den ökade efterfrågan från gravida att vårdas i Min Barnmorska utökades projektet vid två tillfällen. Initialt kopierades Danmarks-modellen sk Kent Jordemor. Sju barnmorskor rekryterades fördelade på två team och placerades på två närliggande Barnmorskemottagningar i SLSO BMM Södra, Älvsjö och Liljeholmens barnmorskemottagning. Skillnaderna mot Danmark sågs framför allt gällande mödravården där Allmänläkare träffar den gravida i ca hälften av graviditets-kontrollerna vilket inte är fallet i Sverige. Därav blev den totala arbetsmängden större för barnmorskorna i den svenska kontexten och flera olika schemamodeller testades för att hitta hållbara arbetssätt. 2020 beslutades att öka teamstorleken till fyra barnmorskor i

varje team, detta efter mer efterforskningar på organisation av barnmorsketeam i andra länder. Projektledningen genomförde ett studiebesök till England där man ofta har teamstorlekar om 4–8 barnmorskor. Caseload midwifery är brett implementerat i Storbritannien, ca 30% av alla gravida är inskrivna i Caseload.

Nya schemamodeller

I en studentuppsats från 2019 (9) undersöktes barnmorskornas upplevelse av att arbeta i projekt Min Barnmorska. Sju av nio anställda barnmorskor svarade på enkäten. Resultatet visade att arbetet upplevdes meningsfullt och ansvarstagande. Att få ta del av hela vårdkedjan och skapa en relation till familjerna genom kontinuerligt stöd visade sig vara betydelsefullt för barnmorskorna. Trots flera positiva upplevelser av den fria arbetsmodellen ansågs beredskapstiden vara för omfattande. Barnmorskorna beskrev arbetet inom Min Barnmorska som fantastiskt men att det finns flera möjligheter till förbättringar.

I den nya organisationen med 4 barnmorskor i teamen delades en del av beredskapen upp i dag och natt turer. Detta för att barnmorskorna lättare skulle reglera sin dygnsvila och få mer tid till återhämtning. Vissa 24-timmars jourer behölls framför allt på helgen. Ett nytt kollektivavtal ingicks med Vårdförbundet. Parallellt startades ett nytt team på Barnmorskemottagning i Skärholmen för att finnas i ett en stadsdel med hög invandring och andel utrikesfödda. De nya teamen fylldes snabbt med gravida då Min Barnmorska nu började etablera sig som efterfrågad vårdform för gravida. Kapaciteten hos projektet hade ökat från att vårda 240 gravida per år 2019 till 640 gravida per år 2021.

Det finns många sätt att organisera Caseload midwifery där avvägningen om teamstorlek måste ställas till möjligheten för kvinnan att lära känna barnmorskorna. Under våren 2022 utförde projektledare tillsammans med Teamledare i Min Barnmorska flera Zoom-möten med forskare och chefer för Caseload-team i Australien för att få mer kunskap och inspiration till organisation. Australien har mer än 20 års erfarenhet av Caseload midwifery och delade med sig av sina bästa råd för en hållbar arbetsmiljö. Forskarna rekommenderade utrymme för varianter av team som passar den egna verksamheten och medarbetarna som arbetar i modellen. Projektet kunde konstatera att Min Barnmorskas Caseload är organiserat och fungerar väl med en hög procent kontinuitet i vårdkedjan.

Kapacitetsförsörjningen inom 24/7 verksamhet är en utmaning och i Min Barnmorska visade sig sårbarheten främst vid semester. Vår lösning blev att utforma 2 team, s.k. systerteam, som hjälper varandra vid semester, sjukdom eller hög belastning vilket också reglerades i kollektivavtal. Den relationella kontinuiteten har vid dessa tillfällen behövt frångås men har ändå lyckats hållas vid målvärdet 80%. Kvinnorna har uppskattat att det kommer en barnmorska från projektet med samma vårdfilosofi och arbetssätt vilket också är en annan form av kontinuitet som är minst lika viktig. De gravida behöver få en tydlig information hur teamet arbetar vid exempelvis frånvaro för att känna sig trygga.

Hemförlossningsuppdrag/tilläggsuppdrag

Som en del av en ökad individualisering av förlossningsvården ansökte Karolinskas ledning 2020 om tilläggsuppdrag hemfödelse. Eftersom hemförlossning kräver barnmorskor i ständig jour och beredskap beslutades att Min Barnmorska skulle handlägga hemfödelsarna från

Karolinska. Flera utbildningsinsatser utfördes och hösten 2020 föddes första barnet i hemmet. Sedan dess har Min Barnmorska handlagt drygt 60 hemfödslar. Hemfödslarna ombesörjs av Min Barnmorska alla månader utom under sommarmånaderna då en kapacitetsminskning inte möjliggör vårdformen.

Resultat

Totalt 1736 kvinnor har fött och vårdats i Min Barnmorska vårdkedja från starten

2018-11-01–2022-10-27. Av dessa är det 62 hemfödslar.

Medicinska resultat

Målet med utvärderingen var att säkerställa att den medicinska säkerheten är lika bra i Min Barnmorska som i standardvård. För att kunna utvärdera den medicinska säkerhet för kvinnorna och barnen som vårdats inom Min Barnmorska så har denna grupp jämförts med en matchad grupp kvinnor som vårdats inom standardvård och fött på Huddinge sjukhus under samma tidperiod.

Information om medicinska resultat inhämtades från Graviditetsregistret.

Alla gravida som fött på Huddinge sjukhus mellan 2019 01 01 och 2021 08 31 ingick i utvärderingen. Gravida som vårdats i Min Barnmorska matchades på maternella karakteristika som exempelvis ålder, BMI, ursprungsland, paritet, tidigare kejsarsnitt, utbildningsnivå, civilstatus, psykiatrisk och somatisk sjukdom för att få en likvärdig jämförelsegrupp som vårdats i standardvård. Relativ risk med konfidensintervall räknades ut för medicinska interventioner, förlossningsutfall och neonatala utfall.

Inga ökade risker för vare sig mor eller barn kunde identifieras i gruppen av gravida som erhållit vård i Min Barnmorska. Gravida i Min Barnmorska hade signifikant färre medicinska interventioner under födseln som induktion, epiduralbedövning, användning av värkförstärkande dropp, klipp i mellangården och mekanisk håltagning av fosterhinnorna. Signifikant färre kvinnor födde barn med planerat kejsarsnitt och signifikant fler födde barn spontant vaginalt i Min Barnmorska. Signifikant färre barn föddes före vecka 37+0 i Min Barnmorska jämfört med standardvård och under tidsperioden var det inga barn som dog i magen hos de kvinnor som vårdades i Min Barnmorska. Signifikant färre barn utvecklade behandlingskrävande gulsot i Min Barnmorska. Det var inga statistiska skillnader mellan grupperna gällande akut kejsarsnitt, instrumentell vaginal födsel, grad 3 och 4 bristning, eller stor blödning eller låg APGAR vid 5 minuters ålder. Tid inne på sjukhuset utvärderades eftersom Min Barnmorska erbjuder vård i hemmet efter födsel. Kvinnor som fick vård av Min Barnmorska vistades i genomsnitt runt 8 timmars kortare på sjukhuset i samband med födsel och eftervård. Av alla kvinnor som vårdades i Min Barnmorska så hade 83 % en känd barnmorska hos sig när barnet föddes. Ytterligare 6 % hade en känd barnmorska närvarande under värdarbetet. Målet för verksamheten var att nå 80 % av alla som vårdas i Min Barnmorska.

Sammantaget bedöms den medicinska säkerheten vara god i Min Barnmorska för både mor och barn och det finns indikationer på att det kan finnas medicinska fördelar att vårda kvinnor i en sammanhållen vårdkedja med ett litet barnmorsketeam.

I en magisteruppsats granskades 161 journaler från Min Barnmorska avseende obstetriska och neonatala med samma resultat som ovan. Studien visade också att 82 % av kvinnorna

hade en känd barnmorska vid sin förlossning, vilket stämmer med granskningen baserat på uttaget från Graviditetsregistret (10)

Kvalitativa resultat

De kvalitativa resultaten har undersökt via enkäter men också i flertalet studentuppsatser.

Under Min Barnmorskas första 2,5 år delades en enkät ut till alla kvinnor som fött i Min Barnmorska. 2020 digitaliserades enkäten, men avslutades under 2021 då ett nytt system för patientutvärdering infördes på Karolinska. Enkätsvaren sammanställdes i magisteruppsatsen "I Trygga händer" (11) som visade att de flesta kvinnorna var mycket nöjda med vården i min Barnmorska.

I en magisteruppsats från Lunds universitet med titeln "Gravida kvinnors val och förväntningar på Min Barnmorska" (12) undersöktes 10 kvinnors förväntningar på vården i Min Barnmorska. Resultatet visade att kvinnorna förväntar sig en bättre vård och en mer positiv upplevelse med kontinuitet. Författarna menar att kontinuitet bör vara en självklarhet i vården, då denna troligen bättre kan leva upp till kvinnors förväntningar på en trygg vårdkedja.

En uppsats av en medicine kandidat utfördes 2018 där sju kvinnor som fött i Min Barnmorska intervjuades. Resultatet visade att kontinuitetsbaserad vård hade en överlag positiv effekt på kvinnornas upplevelse av graviditet och förlossning. Den relationella kontinuiteten medförde att deltagarna kände sig sedda, kunde lyfta sina önskemål och hade möjlighet att utveckla en nära relation till barnmorskorna. Kontrasten vid övergång till standardvård var skarp och hade en negativ påverkan (14)

I en magisteruppsats på psykologiska institutionen med intervjuer av kvinnor som vårdats i Min Barnmorska (13). I konklusion kan man läsa; "Författaren till förestående studie vill slutligen betona vikten av positiva erfarenheter av graviditet, förlossning och eftervård. Att få avsluta och lämna sin mödravård som nyblivna föräldrar med positiva upplevelser i ryggen kan ge ett större självförtroende i föräldrarollen och ha goda inverkan på det fortsatta familjelivet. Dessa är viktiga psykologiska utfall som inte bör glömmas bort vid beforskandet av svensk mödra-och förlossningsvård"....."Förestående studie visar att "Min barnmorskas" sammanhållna graviditetsvård med ett barnmorsketeam kan ge vårdkedjan en kontinuitet och trygghet och göra att vården upplevs som mer personlig, flexibel och tillitsfull."

Sammanfattningsvis har de kvalitativa omdömena av vården i Min Barnmorska varit goda. Kvinnorna har upplevt vårdformen som trygghetskapande och betydelsefull. Kvinnorna har känt sig lyssnade på och ofta tyckt de fått hjälp med sin oro och förlossningsrädsla.

Resultat Barnmorskornas arbetsmiljö och kompetensförsörjning

I de återkommande medarbetarenkäterna har barnmorskorna skattat högt avseende arbetsglädje och arbetsmiljö. Möjligheten att kunna påverka sitt arbete och dess innehåll samt ett tillitsfullt ledarskap är faktorer som värderats högt. Förbättringar kan göras kring beredskapstiden då den hos en del upplevts för omfattande enligt en magisteruppsats från Karolinska Institutet (16). I kollektivavtalet är barnmorskornas veckoarbetstid satt till 38.25

vilket är högt med tanke på treskiftsarbete. Det som främst efterfrågas är fler fridagar vilket bör ses över i nya kollektivavtal.

Ekonomiska resultat

Kostnader för förlossningsvård kan mätas på kort och lång sikt. Den kortsiktiga kostanden bär kliniken där den stora kostnaden är personal. Det krävs en hög bemanning på förlossningen dygnets alla timmar för att bedriva en medicinsk säker vård.

Kostnadsberäkningar och budget för Min Barnmorska har utarbetats av controller, projektledare och verksamhetschef tillsammans. I den kalkylerande budgeten har vi använt oss av beräkningen kostnad per patient (KPP) för de intäkter varje barnmorska behöver generera för budget i balans. Kostnader har beräknats både prospektivt och retrospektivt avseende barnmorskornas lön, beredskapstid, bilar, parkering, medicinsk utrustning, läkarbemanning och overhead. Eftersom de gravida i Min Barnmorska vårdas i snitt 8 timmar kortare efter förlossningen har vi räknat på en minskad kostnad för vårdtid. Vi har estimerat att varje barnmorska behöver skriva in och vårda 40 gravida per år för att verksamheten ska bära sina egna kostnader. Detta är i linje med hur Caseload team i andra länder ser på kostnader och arbetsmängd (15).

Exempel på långsiktiga kostnadsbesparingar kan vara kvinnans behov av medicinska ingrepp som kejsarsnitt, behov av medicinsk smärtlindring, behov av vård efter förlossningen och vårdinsatser vid nästkommande graviditet. Eftersom Caseload midwifery verkar öka känslan av trygghet och minska medicinska interventioner är det möjligt att vården under nästkommande graviditet kräver mindre vårdinsatser och därmed är kostnadsbesparande. Framtida hälsoekonomisk forskning kan ge oss mer kunskap om kostnader för förlossningsvården på lång sikt.

Ledning och styrning

Erfarenheten har visat oss att vissa delar har varit avgörande för god styrning och ledning. I den styrgrupp som startades i början av projektet var det mycket viktigt att ha verksamhetschefer både för slutet och öppenvården med samt första linjens chefer i båda organisationerna. Det har också varit mycket viktigt att ha en ledningsansvarig läkare med under hela processen i styrgruppen.

Under projekttidens gång har chefer och ledare bytts ut och då har det varit avgörande att det fanns bred och djup kompetens inom styrgruppen om hur denna vårdform organiseras och leds vilket har tillgodosetts av projektledare Marie Ekborn och omvårdnadsansvarig barnmorska Mia Ahlberg. En utmaning och viktig parameter är att få ut kunskap om hur modellen fungerar och förklara detta för olika parter inom hälso- och sjukvården som HR, fackliga representanter och controllers. Att implementera en ny vårdform kräver god vilja och förståelse i hela organisationen, från kliniska medarbetare upp till verksamhetschef. Det är av yttersta vikt att ha gemensamma mål, en tydlig ledningsstruktur, en implementeringsplan, regelbundna möten och en transparent och god kommunikation.

Hur resultaten har spridits

Nationell Caseloadkurs 2019, 2022,2023
Många mejl, studiebesök, föreläsningar
Stort intresse från allmänheten och media.

Diskussion

Sammantaget har projektet Min Barnmorska lett till de effekter som var önskade. Att kunna erbjuda gravida med förlossningsrädsla en högre grad av relationell kontinuitet genom ett barnmorsketeam, att skapa en ny vårdform för barnmorskor att arbeta i som knyter ihop mödrahälsovård-förlossningsvård och postnatal vård. Idag har Min Barnmorska en kö av kvinnor som önskar få vård inom modellen och effekterna av projektet har rönt stor nationell uppmärksamhet där ett flertal Regioner ligger i uppstart fas.

Det har varit förhållandevis lätt att rekrytera barnmorskor till Min Barnmorska jämfört med standardvård på Karolinska Sjukhuset. Projektet har lett till ett ökat samarbete mellan slutenvården och öppenvården som varit lärorikt och viktigt.

Under de senaste åren har det varit ett stort fokus på förlossningsvårdens utmaningar. I ett flertal rapporter har det kommit fram att kontinuitet mellan graviditets-förlossning och eftervård är bristfälligt och det behövs insatser som förbättrar övergången mellan dessa delar.

Med hjälp av riktade stadsbidrag har vi kunnat implementera och utvärdera en för Sverige ny evidensbaserad vårdform som fokuserar på relationell vård och personcentrerad vård som genom barnmorskor knyter ihop de olika delarna av vården. I de interna utvärderingar som har gjorts så har det visat sig vara en positiv utveckling av vården både för de gravida och deras barn men även för barnmorskor och läkare som arbetar med gravida med ett extra behov av trygghet. Sammanfattningsvis anser vi att dessa stadsbidrag har lett till en positiv utveckling av vården. Vi har visat att det är genomförbart, leder till nytta för gravida och deras barn samt är en attraktiv vård för barnmorskor att arbeta i.

Utmaningarna har varit och är fortfarande många. Det har varit svårt att anpassa de elektroniska system inom slutenvården som planerar bemanning att fungera när barnmorskor arbetar i beredskap. Det finns ett ifrågasättande om Sammanhållen vårdkedja verkligen kan ge bättre effekter i Sverige och att vårdformen är fördyrande utan att vi med säkerhet kan säga att utfallen förbättras i en svenska kontext. Det finns också en tveksamhet att barnmorskor kan arbeta patientsäkert i hela vårdkedjan och att viktig spetskompetens kan gå förlorad. Ifrågasättandet rör även om det kan anses som jämlik vård om inte alla gravida kan erbjudas sammanhållen vårdkedja(8).

Vi anser att kompetensen hos barnmorskor som arbetar i en sammanhållen vårdkedja förändras och på vissa sätt blir bredare och djupare genom att arbeta i vårdkedjan. Att arbeta i vårdkedjan ger bra förutsättningar för att följa upp det egna arbetet och därmed ett lärande, så kallat reflekterande lärande. Vi anser också att de interna utvärderingarna gällande säkerhet för mor och barn indikerar hög säkerhet och god kompetens hos barnmorskorna. Att utveckla vården för svagare grupper kan inte anses som ojämlig vård eftersom vården ska utformas utifrån patientens behov. Vi har riktat oss mot kvinnor med ett extra stort behov av stöd under graviditet, födsel och eftervård. Vi har efter första året inte kunnat erbjuda alla kvinnor som önskar vård i Min Barnmorska en plats på grund av kapacitetsbrist. Det tolkar vi

som en indikator på att behovet finns hos de gravida att erhålla denna vård i Region Stockholm.

Vi vill tacka Region Stockholm för det ekonomiska och administrativa stöd som projektet har fått.

Konklusion och framtid

Karolinska Universitetssjukhuset har visat att det på relativ kort tid går att implementera sammanhållen vårdkedja under graviditet-, födsel och eftervård och att vårdformen är attraktiv för gravida och barnmorskor samt att den håller god medicinsk säkerhet. Karolinska Universitetssjukhuset har beslutat att fortsätta att driva Min Barnmorska. Karolinska Universitetssjukhusets erfarenheter kan tas tillvara för att stötta andra sjukhus i en eventuell implementering vilket ligger i linje med uppdraget för ett Universitetssjukhus.

Vi anser att det är möjligt att implementera vårdformen på andra sjukhus och i andra kontexter än storstad. Det finns en stor flexibilitet hur arbetet organiseras, antal team, storleken på teamen och schemamodeller.

Det är viktigt att fackliga hållbara avtal skrivs som kan utgöra modeller för att garantera god arbetsmiljö för barnmorskorna och hög tillit för arbetsgivaren. Det är också viktigt att fortsätta forska på sammanhållen vårdkedja med barnmorsketeam för att få stabila underlag för framtida utveckling och beslutsfattande.

Referenser

1. Landsting SKo. Trygg hela vägen 2018.
2. SBU. Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet. 2021; Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet.
3. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:CD004667.
4. Jepsen I, Juul S, Foureur M, Sørensen EE, Nøhr EA. Is caseload midwifery a healthy work-form? - A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sex Reprod Healthc.* 2017;11:102-6.
5. Jepsen I, Mark E, Nøhr EA, Foureur M, Sørensen EE. A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery.* 2016;36:61-9.
6. Jepsen I, Mark E, Foureur M, Nøhr EA, Sørensen EE. A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women Birth.* 2017;30(1):e61-e9.
7. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9906):1723-32.
8. Nyttan och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård. 2022
9. Hansson M. A meaningful job in a strained context-exploring midwives work situation and professional role: Avhandling Sahlgrenska Academy Institute of health and science. 2021
9. Holroyd M, Selling T., Lindgren H. Barnmorskors upplevelse av att arbeta inom projekt Min Barnmorska. Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp (Avancerad nivå), 2019. Karolinska Institutet.

10. Gustafsson K. Caseloadmodellen Min Barnmorska januari- september 2019, en beskrivning av utfallen. Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Examensarbete samt vetenskapsteori och forskningsmetodik i sexuell reproduktiv och perinatal hälsa. Karolinska Institutet 2019
11. Byström U., Olingdal A., Lindgren H. I Trygga händer. Examensarbete i sexuell och perinatal hälsa, 15 hp (Avancerad nivå). Karolinska Institutet. 2020
12. Rausér C, Ring k., Thies-Lagergren L. Gravida kvinnors val och förväntningar på Caseload midwifery. Lunds universitet Medicinska fakulteten Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. 2019
13. Georgii-Hemming Cyon A. Kvinnors upplevelse av en svensk barnmorskeledd kontinuitetsvård. En kvalitativ intervjustudie. Psykologiska institutionen/Department of Psychology Examensarbete 30 hp /Degree 30 HE credits Psykologi/Psychology Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program (300 HE credits) Hötterminen/Autumn term 2020
14. Olsson Markesjö, G Women's experience of pregnancy and childbirth in a continuity of care model. A qualitative study at Huddinge Hospital Department of Clinical Epidemiology Study Program in Medicine KI Degree project 30 credits Spring 2019
15. Callander E, Bull C., Forster D. Using epidemiological and health economic measures to inform maternity staffing decisions: A guide Women and Birth. September 2022 35(5):e471-e476
16. Holroyd M, Selling T. Midwives experiences of working within the project "Min Barnmorska" Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp (Avancerad nivå), Karolinska Institutet, 2019