
Samma barnmorsketeam genom graviditet, förlossning och eftervård (caseload midwifery)

Frågeställning

Skall Region Skåne erbjuda samma barnmorsketeam genom graviditet, förlossning och eftervård (caseload midwifery) till gravida utan planerad hemförlossning?

Metod- och prioriteringsrådets ställningstagande

Region Skånes Metod- och prioriteringsråd rekommenderar att samma barnmorsketeam genom graviditet, förlossning och eftervård (caseload midwifery) endast används inom ramen för forskning och utveckling.

Priograd: FoU

Motivering

En graviditet innebär i sig stora förändringar för kvinnan och svensk mödravård arbetar efter etablerade program för att tidigt upptäcka och följa upp risker samt att koppla in specialistmödravården vid behov hos mor eller foster. Utgångspunkten för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad givet tillgång till svensk standardvård enligt riktlinjer för graviditet, förlossning och eftervård. För gruppen alla gravida är risker för allvarliga händelser små och en graviditet utgör en avgränsad tid.

Samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård, så kallad caseload midwifery, har jämförts i internationella vetenskapliga studier med alternativa organisatoriska former. Dessa studier bedöms i flera fall ha tillräcklig överförbarhet till en svensk hälso- och sjukvårdsmiljö. Studierna pekar på att det för barnet är det liten eller ingen skillnad i risk för död, inläggning på neonatalintensiv eller tecken på ohälsa i allmänhet mellan caseload midwifery och svenska standardvård. För moderns hälsa var det endast ett av elva utfallsmått som visade på möjlig skillnad mellan vårdformerna. Caseload midwifery hade i studierna lägre kejsarsnittsfrekvens än jämförelsealternativen. Däremot kan detta resultat vara mindre överförbart till svenska förhållanden eftersom kejsarsnittsfrekvensen i Sverige är mycket låg i ett internationellt perspektiv. Sammanställningen i HTA-rapporten pekar också på att den vetenskapliga litteraturen saknar tillräckligt underlag för att dra slutsatser om flera viktiga utfall för barn (allvarlig sjuklighet och amning) och mödrar (mortalitet, behov av intensivvård, hälsorelaterad livskvalitet, depression efter förlossning, föräldranöjdhet). Sammantaget finns inte stöd för att vårdformen caseload midwifery skiljer sig från svensk mödra-, förlossnings- och eftervård vad gäller patientnytta och risker. Detta eftersom tillförlitligheten i de vetenskapliga studiernas resultat vad gäller studerade barn- och mödrautfall sträcker sig från mycket låg till måttlig och för vissa utfall saknas helt vetenskapligt underlag. Det innebär att nytta/risk-balansen för caseload midwifery är osäker.

HTA-rapportens kostnadskalkyl pekar samtidigt på att organisationsformen caseload midwifery är mellan 10 000 kronor och 12 000 kronor dyrare än svensk standardvård per kvinna som ingår i caseloadmodellen. Utan evidens för skillnad i patientnytta vid ett allmänt införande bedöms kostnaden i förhållande till patientnytta vara mycket hög.

Kvaliteten i kunskapsunderlaget bedöms vara låg eftersom det saknas underlag för att dra slutsatser om flera viktiga utfall för barn och mödrar.

Användning av caseload midwifery bör därför endast ske inom ramen för forskning och utveckling där metoden systematiskt följs upp med vetenskapliga metoder och analyseras systematiskt genom jämförelse med en kontrollgrupp som erhåller svensk standardvård. Detta i syfte att förbättra kunskapsläget, och därmed kunna motivera ett införande i ljust av ökade kostnader.

Länk till HTA-rapport: <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/hta-skane/nomineringar-och-rapporter/rapporter/nytta-och-risker-med-caseload-midwifery-samma-barnmorske-team-genom-graviditet-forlossning-och-eftervard/>

Rangordning enligt nationella modellen för öppna prioriteringar. Åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhet och 10 lägst.

Hälsotillstånd / kontext	Åtgärd	Jämförelse- alternativ	Hälsa- tillståndets svårighets- grad	Åtgärdens effekt/ patientnytta	Kostnad i relation till patientnytta (kostnad per effekt)	Kvalitet i kunskaps- underlagen	Rangordning	Kommentar
Gravida, utan planerad hemförlossning, och deras foster/barn	Samma barnmorska/team i mödravården som vid förlossningen (caseload midwifery)	Svensk standardvård med samma barnmorska/team i mödravården men inte vid förlossningen	Liten	Liten eller ingen	Mycket hög	Låg	FoU	<p>HTA-rapporten pekar i flertalet utvärderade utfall på att caseload midwifery inte skiljer sig från svensk standardmödravård vad gäller utfall för barnet eller kvinnan, eller så saknas data för att kunna dra tillförlitliga slutsatser.</p> <p>Caseload midwifery leder enligt internationella studier till en minskad kejsarsnittsfrekvens. Dessa studier är dock genomförda i hälso- och sjukvårdssystem med betydligt högre kejsarsnittsfrekvens än i Sverige. Sverige har i ett internationellt perspektiv en mycket låg kejsarsnittsfrekvens även om förekomsten varierar något mellan regioner och sjukhus. Det kan också finnas risker med att sänka kejsarsnittsfrekvensen.</p>

Sammanfattning och aktuellt kunskapsläge

Vårdformen samma barnmorsketeam som sköter hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård, så kallad caseload midwifery, har prövats internationellt i bland annat Australien och Storbritannien. Standardvård i Sverige idag innebär att den gravida kvinnan träffar samma barnmorska under merparten av besöken i mödravården före och efter förlossningen, medan förlossnings- och BB-vård sker på sjukhus med andra barnmorskor. Ett införande av caseload midwifery har diskuterats både i sjukvården och i politiska organ i Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Kvinnoklinikerna i de två regionerna bad därför HTA-centrum och HTA syd att göra en systematisk bedömning av det vetenskapliga underlaget för nytta och risker i svensk sjukvård, inklusive en värdering av organisatoriska, ekonomiska och etiska förutsättningar för eventuellt införande av caseload midwifery.

Sammanställningen av det vetenskapliga underlaget visar i de flesta fall små eller inga skillnader mellan caseload midwifery och svensk standardvård för vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård för den breda gruppen kvinnor. Det saknas vetenskapligt underlag för specifika subgrupper såsom förlossningsrädda kvinnor. HTA-rapporten fann inte något stöd för att det finns skillnader i utfall som avser barnets hälsa:

- Perinatal mortalitet: Liten eller ingen skillnad (begränsad tillförlitlighet)
- Allvarlig sjuklighet: Underlag saknas
- Apgar ≤ 4 vid 5 minuter: Underlag saknas
- Apgar ≤ 7 vid 5 minuter: Liten eller ingen skillnad (måttlig tillförlitlighet)
- Inläggning för intensivvård på neonatalavdelning: Liten eller ingen skillnad (begränsad tillförlitlighet)
- Amning: Det går inte att dra slutsatser (otillräcklig tillförlitlighet)

För moderns hälsa var det endast ett av elva utfallsmått som visade på möjlig skillnad:

- Mödradödlighet: Det går inte att dra slutsatser (otillräcklig tillförlitlighet)
- Intensivvård för kvinnan: Det går inte att dra slutsatser (otillräcklig tillförlitlighet)
- Hälsorelaterad livskvalitet: Det går inte att dra slutsatser (otillräcklig tillförlitlighet)
- Perinealbristningar: Liten eller ingen skillnad (begränsad tillförlitlighet)
- Blödningar: Liten eller ingen skillnad (begränsad tillförlitlighet)
- Kejsarsnitt: Andelen kan minska (begränsad tillförlitlighet)
- Akut kejsarsnitt: Liten eller ingen skillnad (begränsad tillförlitlighet)
- Instrumentell förlossning: Liten eller ingen skillnad (måttlig tillförlitlighet)
- Depression efter förlossningen: Liten eller ingen skillnad (otillräcklig tillförlitlighet)
- Förtidsbörd: Liten eller ingen skillnad (måttlig tillförlitlighet)
- Föräldranöjdhet/upplevelse: Det går inte att dra slutsatser (otillräcklig tillförlitlighet)

I studierna förlöstes mer än hälften (56-57%) av de gravida av sin primära caseloadbarnmorska och 79-89% av en barnmorska i caseloadteamet. Detta kan ses som ett mått på genomförbarhet och beror bland annat på storleken på caseloadteamet. HTA-rapporten redovisar också en beräkning av merkostnaden för caseload midwifery jämfört med svensk standardvård. Eftersom vårdformen innebär att omkring hälften av barnmorskans arbetstid utgörs av beredskapstid för att medverka vid förlossningar blir caseload midwifery mellan 10 000 kronor och 12 000 kronor dyrare per kvinna som följer caseloadmodellen.

Sammanfattningsvis ger inte den vetenskapliga litteraturen stöd för att vårdformen caseload midwifery skiljer sig från svensk mödra-, förlossnings- och eftervård vad gäller patientnytta och risker. Resultatets tillförlitlighet vad gäller studerade barn- och mödrautfall sträcker sig dock från mycket låg till måttlig och för vissa utfall saknas helt vetenskapligt underlag. Nyttja/risk-balansen är därför osäker. Därtill kan förutsättningarna för caseload midwifery se olika ut i landet och modellen är därmed inte säkert förenlig med jämlik vård. Det faktum att caseload

midwifery innebär merkostnader är också relevant ur ett etiskt perspektiv. Vårdens resurser ska ges till de mest behövande och behov hos gravida kvinnor med tillgång till svensk standardvård behöver ställas i relation till behov hos andra patientgrupper. Risk för undanträngningseffekter av annan vård kan inte uteslutas.

Konsekvensanalys för Region Skåne

Metod- och prioriteringsrådet bedömer att det i nuläget inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd för att kunna införa caseload midwifery i rutinsjukvården. Samtidigt ser rådet att väl designade studier med kontrollgrupp och av tillräcklig studiestorlek skulle kunna bidra med viktig kunskap om metodens effekt och kostnadseffektivitet i en svensk kontext. Forskningen kan också med fördel riktas mot avgränsade grupper av gravida såsom kvinnor med förlossningsrädsla eller kvinnor som idag har ett lågt deltagande i mödravården.

Datum: 2022-10-25



Ingemar Petersson

Ordförande