

Pilotverksamhet för en sammanhållen och teambaserad vårdkedja (Caseload) i förlossningsvården

Ordförandens förslag

1. Hälsö- och sjukvårdsnämnden lägger utredningen av "Sammanhållen och teambaserad vårdkedja i förlossningsvården – pilotprojekt " till handlingarna.
2. Hälsö- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att i enlighet med föreliggande förslag genomföra pilotprojektet "Sammanhållen och teambaserad vårdkedja i förlossningsvården "med start under 2023 vid en eller två kvinnokliniker i Region Skåne under förutsättning att aktuella sjukhusstyrelser dessförinnan fattar beslut om att delta i projektet.
3. Hälsö- och sjukvårdsnämnden beaktar finansiering av pilotprojektet "Sammanhållen och teambaserad vårdkedja i förlossningsvården" i kommande budgetprocess från och med 2023.

Sammanfattning

Hälsö- och sjukvårdsnämnden gav 2022-02-10 § 6 hälsö- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till nämnden med förslag till pilotverksamhet för en sammanhållen och teambaserad vårdkedja (Caseload) i förlossningsvården. I detta uppdrag ingick också att föreslå en särskild målgrupp till vilken pilotverksamheten är riktad samt att utreda ekonomiska och arbetsrättsliga förutsättningar.

I ärendet finns följande dokument:

1. Beslutsförslag 2022-08-18
2. Utredning "Sammanhållen och teambaserad vårdkedja (Caseload) i förlossningsvården – pilotprojekt"
3. HTA-rapport "Nytta och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård"

Beskrivning av ärendet och skälen för förslaget **Bakgrund**

Regionfullmäktige beslutade, 2019-10-22 § 68, utifrån motion, Mätta Ivarssons (MP) 2019-03-12, om att utreda hur metoden med en sammanhållen och teambaserad vårdkedja i förlossningsvården kan införas i Region Skåne. Utredning har genomförts och muntligt delredovisats till hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-10-01. Ställningstagandet vid delredovisningen blev att avvakta slutrapport avseende projektet riktad till särskild målgrupp, förlossningsrädsla, som startats på Karolinska sjukhuset Huddinge, ”Min Barnmorska - Huddinge” för att ta del av erfarenheter av ett flertal viktiga aspekter.

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde, 2022-02-10 § 6, redovisades utredningen och beslut fattades att uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till nämnden med ett förslag till pilotverksamhet för en sammanhållen och teambaserad vårdkedja (Caseload) i förlossningsvården. I uppdraget ingick att föreslå en särskild målgrupp till vilken pilotverksamheten är riktad samt att utreda ekonomiska och arbetsrättsliga förutsättningar.

En sammanhållen och teambaserad vårdkedja i förlossningsvården

Med en sammanhållen och teambaserad vårdkedja i förlossningsvården avses att barnmorskor arbetar i team om 4-5 personalresurser vilka täcker upp vid ledighet, sjukdom, semester med mera. Teamet omhändertar kvinnan under hela graviditetsvårdkedjan, dvs. graviditet, förlossning och eftervård enligt sedvanliga rutiner och riktlinjer. Detta till skillnad från hur vården organiseras enligt nuvarande ordning vilken innebär att barnmorskemottagningar (BMM) i hälsoval Skåne på primärvårdsnivå, vilka ingått i enlighet med LOV, erbjuder basmödrahälsovård. I samband med förlossning övergår ansvaret till specialistvården, vid förlossningsenheterna på de fem sjukhus som driver förlossnings- och BB-vård. Ansvaret för kvinnans eftervård återförs en vecka efter förlossning till primärvårdsnivå, BMM, som ansvarar för uppföljning fram till 16 veckor efter förlossningen. För att ha möjlighet att ha ”dygnet-runt-ansvar” för kvinnor som omhändertas i enlighet med vårdmodellen ”Caseload” ingår schemalagd arbetstid och beredskapstid för barnmorskorna i team som svarar för sådant upplägg.

Utredning

Förslag till en pilotverksamhet har beretts där synpunkter inhämtats från medarbetare i verksamheter som ingår i graviditetsvårdkedjan, dvs. såväl med verksamhetschefer för förlossningsverksamheter som med verksamhetschefer för barnmorskemottagningar (BMM) med avtal i enlighet med Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) i regionen. Vidare har analyser genomförts med stöd av HR-, juridik- och ekonomifunktion vid koncernkontoret samt controller i förvaltning SUS. Koncernstab inköp och ekonomistyrning och Regionservice har bistått med uppgifter för kostnadsberäkningar. Dialog med fackliga organisationer, Vårdförbundet, SRAT samt Läkarförbundet, har skett

där företrädare fått information om utredningsprocess och förslag för pilotverksamhet samt haft tillfälle att lämna synpunkter. I utredningsarbetet har även en arbetsgrupp bestående av såväl verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare (barnmorskor) inom BMM och förlossningsvården träffats vid upprepade tillfällen. Kontakter med Region Stockholm, projektledare för ”Min barnmorska” samt HR-funktion, har också ingått i arbetet. Parallellt med ärendets utredning har HTA Syd tillsammans med HTA-centrum i Västra Götalandsregionen tagit fram en rapport där de systematiskt bedömt och vägt samman befintlig vetenskaplig litteratur för att få svar på frågan om vårdformen ”Caseload” ger effekter som är viktiga för mor och barn. I HTA-rapporten har också ekonomiska, organisatoriska och etiska aspekter analyserats. HTA-rapporten visar inte på några signifikanta medicinska fördelar för kvinnan eller barnet men visar inte heller några medicinska risker för vårdmodellen caseload. Det framkommer också i den hälsoekonomiska analysen att vårdmodellen är mer kostsam än standardvård vilket kan innebära risker för undanträngningseffekter, dels inom kvinnosjukvården om inte fler barnmorskor totalt sett kan rekryteras, dels i sjukvården/samhället i stort om resurser tillförs från andra ställen. Resultaten från denna HTA-rapport har beaktats i utredningen.

Förslag

Pilotverksamhet för en sammanhållen och teambaserad vårdkedja i Region Skåne föreslås få status som projekt. Projektet bör löpa under minst 2,5 - 3 år med en halvtidsrapport och slututvärdering.

Pilotverksamhet bör genomföras i Region Skånes regi, på förlossningsklinikerna, där samtliga barnmorskor som ingår i pilotverksamheten av arbetsrättsliga skäl får sin anställning samt placering. En eller två förlossningskliniker får i uppdrag att starta upp en särskild enhet för sammanhållen vård under graviditet-förlossning-eftervård som pilotverksamhet, riktat till målgruppen – gravida med förlossningsrädsla, uttalad oro och ångest samt gravida som inte talar svenska eller engelska och får sitt första barn i Sverige. Det kan finnas fördelar med att projektet bedrivs och utvärderas på två förlossningskliniker för att bättre kunna ta ställning till förutsättningar för en implementering över hela regionen. En geografisk spridning och olika storlek på förlossningsklinikerna vore att föredra. Alla anställningar föreslås höra till förlossningskliniken. Projektets verksamhet bör organisatoriskt vara skilt både från övrig verksamhet på kliniken och för vårdval BMM. Rekrytering av medarbetare till projektet ska ske genom frivillighet. I projektet utlokaliseras mödrahälsovårdsbesöken (enligt den regionala riktlinjen basprogram för graviditet och eftervård) till en barnmorskemottagning genom att projektet hyr rum och utrustning på en barnmorskemottagning inom hälsovalet (en barnmorskemottagning per team).

Barnmorskorna inordnas i team av 4–5 barnmorskor med ett patientunderlag på cirka 40 gravida/barnmorska. Teamet ansvarar för mödrahälsovård, förlossning och eftervård upp till 16 veckor postpartum i enlighet med regionala riktlinjer. Läkare behöver kunna involveras vid behov. I vårdmodellen ingår tillgänglighet

för konsultation och hembesök vid behov i tidigt förlossningsarbete och första tiden efter förlossningen.

Den gravida kontaktar valfri barnmorskemottagning i likhet med nuvarande praxis.

Barnmorska på barnmorskemottagningen identifierar i samband med inskrivningsbesöken om den gravida tillhör någon av målgrupperna förlossningsrädsla i enlighet med regional riktlinje, stark oro/ångest och/eller inte kan tala svenska eller engelska och ska föda barn för första gången i Sverige. Den gravida informeras då om projektet och om den gravida önskar skickar barnmorskan remiss till projektet som bedömer om den gravida kan erbjudas vårdmodellen. Om förlossningsrädsla eller stark oro/ångest identifieras senare under graviditeten bör remittering till projektet kunna ske fram till och med graviditetsvecka 30 (efter graviditetsvecka 30 sker remittering till team för förlossningsrädsla i enlighet med standardvård). Varje gravid ska ha en patientansvarig barnmorska men träffa övriga barnmorskor i teamet vid något tillfälle under graviditeten, exempelvis föräldraförberedelse och samtal kring förlossningsrädsla.

Vid förlossningsstart kontaktar den gravida teamet för konsultation och eventuellt hembesök eller för att möta upp på förlossningsavdelning. Om barnmorskan i beredskap redan är upptagen erbjuds kvinnan i stället ordinarie förlossningsvård. I vårdmodellen har barnmorskan i beredskap endast hand om en födande på förlossningsavdelningen.

Vid uppfyllda kriterier för tidig hemgång och önskemål från kvinnan efter förlossningen erbjuds eftervård i hemmet av teamet. Om kriterier för tidig hemgång ej är uppfyllda eller om kvinnan så önskar erbjuds eftervård på BB (förlossningskliniken) och vårdas då av ordinarie BB-personal men kontaktas av teambarnmorska.

Eftervårdsbesök på barnmorskemottagningen erbjuds av teamet i enlighet med regionala riktlinjer, det vill säga kontakt inom 2 veckor samt besök inom 8–16 veckor efter förlossningen.

Utvecklingen inom barnmorskans kompetensområde sker kontinuerligt och att upprätthålla kompetens samt hålla sig uppdaterad om rådande evidens och arbetssätt kräver kontinuerlig fortbildning. Barnmorskans kompetensområde omfattar sexuell och reproduktiv hälsa vilket inkluderar såväl mödrahälsovård som förlossningsvård och eftervård, men vanligtvis arbetar dock barnmorskan inom ett av dessa områden. En vårdmodell med sammanhållen och teambaserad vårdkedja förutsätter därför tid och resurser för fortbildning i trippel bemärkelse. Beroende på vilken erfarenhet de rekryterade barnmorskorna i teamet har är det nödvändigt att initiala utbildningsinsatser och individuellt anpassad introduktion erbjuds innan projektet startar.

Förslag på ekonomisk ersättningsmodell

Ersättningen för ordinarie mödrahälsovård är enligt Förfrågningsunderlag och avtal för barnmorskemottagning i hälsoval Skåne 2022 uppdelad i fyra perioder: period A (v 0 – 20), B (v 21 – 30), C (v31 – 41) samt D (v42 – 16 veckor efter förlossningen).

Förslag på ekonomisk ersättningsmodell i projektet är att ersättning för mödrahälsovård utgår till barnmorskemottagningen, där den gravida initialt är listad, för minst period A. Övertag sker tidigast från period B. I samband med övertaget till projektet överförs ersättningen för ordinarie mödrahälsovård till projektet, motsvarande ca 11 935 kronor per gravid inkl CNI. Varje team beräknas ha hand om 200 gravida per år (som fördelas på 5 barnmorskor) vilket innebär att 1200 gravida kommer att ingå i vårdmodellen under projektiden.

Utöver kostnaderna för ordinarie mödrahälsovård tillkommer merkostnader för den teambaserade och sammanhållna kedjan i förlossningsvården, framför allt för kostnader för barnmorskor i beredskap. Enligt HTA-analys beräknas kostnaderna att öka med 10 000 – 12 000 kr per gravid. Övrig vård som inkluderar specialistmödravård, förlossning och BB-eftervård finansieras genom ordinarie anslag till förlossningskliniken.

Med två team i projektet beräknas följande intäkter och kostnader under projektiden.

Intäkter	Per år	Totalt, för 3 år, exkl uppräknig
Mödrahälsovård: Period B, C och D (11 935 kr/graviditet)	4 775 000	14 325 000
Summa intäkter	4 775 000	14 325 000
Kostnader	Per år	Totalt, för 3 år, exkl uppräknig
Mödrahälsovård: Period B, C och D (11 935 kr/graviditet)	4 775 000	14 325 000
Merkostnader för vårdmodellen, enligt HTA-analys (12 000 kr/graviditet)	4 800 000	14 400 000
Projektledning	1 265 000	3 795 000
Inköp av material i samband med hembesök		275 000
IT och telefoni	400 000	1 200 000
Transportkostnader	265 000	795 000
Engångskostnad Graviditetsregistret avseende registrering		30 000
Engångskostnad Graviditetsregistret avseende utvärdering		50 000

Utvärdering via Graviditetsenkäten	250 000	750 000
Summa kostnad	11 755 000 *	35 620 000
Behov av medel	6 980 000 *	21 295 000
Kostnad per gravid (totalt 1200)		17 800

* I kolumnen "Per år" för summa kostnad och behov av medel ingår ej initiala engångskostnader vilka redovisas i kolumnen "Totalt, för 3 år, exkl uppräkningskostnader"

Projektledning

Om pilotverksamheten kommer att bedrivas på olika förlossningskliniker bör utöver lokal projektledning även en regional samordnad projektledare finnas för bland annat uppstartsinsatser och kontinuerlig utvärdering. Behovet av lokal projektledning uppskattas till 0,5 heltidstjänst per team och regional samordnad projektledning till 0,3 heltidstjänst. Detta behöver finansieras med särskilt avsatta medel för projektet.

Utvärdering

Flera aspekter i projektet bör utvärderas, både ur patientperspektiv, medarbetarperspektiv samt ekonomiska kostnader och rutiner. Detta för att kunna ta ställning till en eventuell implementering av vårdmodellen för hela regionen efter projektiden. Utöver regionens egen utvärdering kan med fördel koppling till forskning ske, då detta behov har lyfts i HTA-rapporten, vilket kräver ytterligare finansiering.

Ekonomi

Kostnader behöver redovisas skilt från förlossningskliniken övriga kostnader och på ett sätt så att projektets kostnader tydligt framgår och kan följas för utvärdering.

Patient

Graviditetsregistret ska användas för uppföljning av befintliga variabler. Tillägg görs genom lokal registrering mot kostnad (cirka 10 000 kr per fråga) om kvinnan varit inskriven i projektet i period B, C respektive D. Detta innebär en engångskostnad för Region Skåne på cirka 30 000 kr samt 50 000 för utvärdering.

Det kan finnas möjlighet att använda Graviditetsenkätens resultat för utvärdering, vilket troligen är förenat med en kostnad. Detta behöver beaktas och annars behöver utvärdering ske på annat sätt vad gäller kvinnors upplevelse av vården i samband med barnafödande. Kostnad för utvärdering uppskattas till cirka 250 000 kronor årligen.

Medarbetare

Vårdmodellen kräver en omfattande beredskap och innebär nya arbetssätt varför det är viktigt med utvärdering även ur ett medarbetarperspektiv. HR behöver medverka för att följa frånvaro av olika orsaker samt medarbetares arbetstillfredsställelse i piloten jämfört med medarbetare i ordinarie vårdform.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet medför betydande kostnadsökningar, motsvarande 21 295 000 kronor, under den treåriga projektiden. Beräknad merkostnad per gravid, om ca. 1200 gravida ingår i projektet, uppgår till ca 17 800 kronor.

Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver beakta denna kostnadsökning i budgetarbetet för 2023 och framåt. Dessutom, i kommande utvärdering av projektet ,väga dessa kostnadsökningar mot förväntade vinster i form av patientnöjdhet och arbetsmiljö för verksamheterna.

Juridisk bedömning

Samråd har skett med regionjurist i utredningsarbetet. Samråd har även skett med HR-strateg vid Koncernstab HR avseende arbetsrättsliga frågor.

Miljökonsekvenser

Ärendet bedöms inte medföra några miljökonsekvenser.

Samverkan med berörda fackliga organisationer

Samverkan/MBL-förhandling i ärendet sker på regional nivå.

Uppföljning

Hälso- och sjukvårdsdirektören ska återkomma till nämnden med redovisning av halvtidsrapport och slututvärdering av projektet.

Gilbert Tribo
Ordförande

Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör