

Skånes universitetssjukhus

VO obstetrik och gynekologi



REDOVISANDE

Process	Delrapport Min barnmorska Malmö	Godkänt datum	2025-11-13
Skapad av	Charlotte Hellsten, verksamhetschef, Cecilia Häggsgård, projektledare, Christine Rubertsson, professor	Version	
		Ärendenummer	2025-POL000373-001

Delrapport projekt Min barnmorska Malmö

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsnämnden har gett Skånes universitetssjukhus i Malmö i uppdrag att i projektform ”testa och utveckla en sammanhållen och teambaserad vårdkedja för en utvald grupp gravida kvinnor i Malmö”.

Under 2024 -2026 införs och utvecklas vårdmodellen Min barnmorska som ett treårigt projekt och utvärderas i samarbete med Lunds universitet.

Vårdmodellen bygger på att:

- Kvinnan vårdas av en ansvarig barnmorska under graviditet, födsel och eftervård, från och med graviditetsvecka 20 till och med 16 veckor efter födseln - vilket möjliggör ökad trygghet, kontinuitet och delaktighet under hela vårdkedjan
- Det finns ett team med barnmorskor runt den ansvariga barnmorskan. Kvinnan träffar alla i teamet under sin graviditet - för att säkerställa kontinuitet.
- Ansvarig barnmorska eller någon från teamet bistår vid födseln.
- Kvinnan har tillgång till rådgivning av teamets barnmorskor under alla dygnets timmar.

Målgrupper är kvinnor som bor i Malmö med förlossningsrädsla, uttalad oro och ångest eller som får sitt första barn i Sverige och saknar språkkunskaper i svenska eller engelska

Kvinnor kan erbjudas vårdmodellen via remiss från primärvården (privata och offentliga barnmorskemottagningar i Malmö) eller via en egen vårdbegäran. Därefter avgör ansvariga inom projektet om kvinnan tillhör någon av målgrupperna och kan erbjudas vårdmodellen.

Det internationella begreppet för vårdmodellen heter Caseload midwifery och är väl etablerat i många länder (till exempel Australien, England och Danmark) och rekommenderas av världshälsoorganisationen (WHO) (bilaga 2, 1). I Sverige har vårdformen införts i Stockholm, Göteborg och i några regioner som projektform.

I den HTA-analys¹ som genomförts gemensamt av Västra Götalandsregionen och Region Skåne (bilaga 2, 2) av tidigare internationella forskningssammanställningar framgår att de medicinska riskerna inte ökar med kontinuitetsvård (bilaga 2, 3). Vård inom kontinuitetsmodeller är prioriterat av Socialstyrelsen och har inom de Nationella riktlinjerna prioriterats som en av 17 rekommendationer för graviditet, förlossning och tiden efter (bilaga 2, 4).

Om rapporten

Föreliggande rapport är en delrapport som beskriver genomförande, utfall och erfarenheter av Min barnmorska Malmö under perioden oktober 2024 – september 2025.

I rapportskrivandet har projektledare för Min barnmorska, verksamhetschef för VO obstetrik och gynekologi, professor vid

¹ HTA står för **Health Technology Assessment** och är en systematisk, tvärvetenskaplig och transparent process för att utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder, tekniker och behandlingar.

Lunds universitet, HR-partner, verksamhetsutvecklare och ekonom bidragit.

Projektet Min Barnmorska ger oss möjlighet att studera kvinnors upplevelse av vården samt hälso- och medicinska utfall i förhållande till kontinuitetsmodellen. Parallellt – och som en del av projektet – utvärderar en forskargrupp vid Lunds universitet vården inom Min barnmorska. Forskningsprojektet är pågående och de resultat som redovisas i denna rapport är ännu preliminära.

Som en del i uppdraget ingår att testa och utvärdera vårdmodellen för att kunna ta till ställning till om Min barnmorska kan implementeras i hela eller delar av Region Skåne efter projekttiden. Därför behöver flera aspekter av projektet utvärderas, där även förutsättningar för ett eventuellt permanent införande ingår.

Rapporten belyser båda delarna.

Utfall i Min barnmorska under perioden

Mellan oktober 2024 och september 2025 har projektet haft 193 kvinnor inskrivna i Min barnmorska. Av dessa är 124 förlösta.

Under sommaren då Min barnmorska saknade bemanning nattetid, fick 10 av 31 kvinnor (32%) stöd av Min barnmorska vid födseln och 18 (58%) hade stöd av Min barnmorska någon gång under värkarbetet.

Övriga månader kom 74 kvinnor i värkarbete, varav 64 (86%) fick stöd av Min barnmorska vid födseln och 67 (91%) hade stöd av Min barnmorska någon gång under värkarbetet.

Orsaker till att inte ha fått stöd av Min barnmorska vid förlossningen har varit antingen att bemanning saknats eller att kvinnorna fött så snabbt efter ankomst till förlossningsavdelningen att Min barnmorska inte hunnit fram.

Alla kvinnor har följts upp under eftervården, antingen genom eftervårdsbesök i hemmet, telefonsamtal eller genom uppföljning på BB-avdelningen.

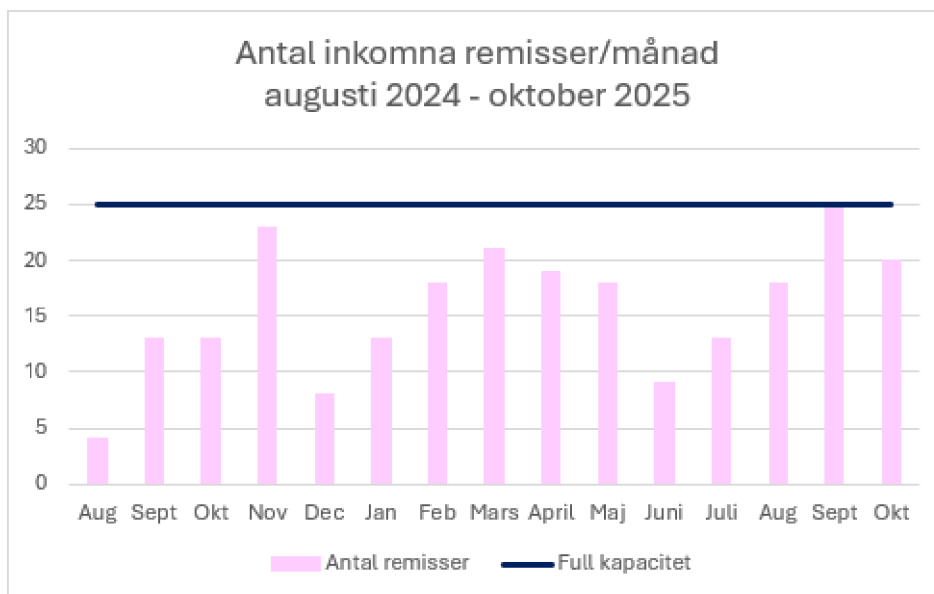
Remissinflöde

Antalet inskrivna patienter under perioden är mindre än kapaciteten. Min barnmorska har beräknat kapacitet att skriva in 25 gravida per månad. Initialt beräknades de två teamen kunna ta hand om 400 gravida per år. Det reviderades sedan till 35 - 40 patienter per barnmorska (beroende på vårdtyngd), vilket motsvarar 280 - 320 patienter per år med 8 barnmorskor i två team.

En viktig väg in till Min barnmorska är via remiss från privata och offentliga barnmorskemottagningar, vilket innebär att vården lämnas över till Skånes universitetssjukhus efter graviditetsvecka 20.

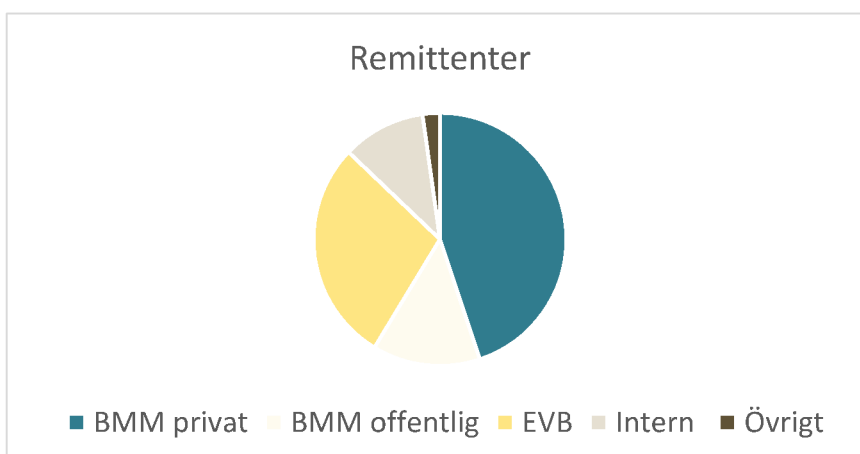
Trots flera kommunikationsinsatser och ett aktivt arbete för att bygga upp ett samarbete med berörda barnmorskemottagningar har remissinflödet varit lägre än förväntat.

Det kan bero på storleken på patientunderlaget (målgruppen), men också på behov och efterfrågan hos målgruppen. En viktig orsak är troligen bristen på incitamentet hos barnmorskemottagningarna att remittera gravida (vilket siffrorna nedan stärker), eftersom det får ekonomiska konsekvenser när mottagningen förlorar intäkt för halva graviditeten och del av eftervården, se figur nedan.



De första 12 månaderna har 215 remisser inkommit till Min barnmorska, varav 193 har identifierats tillhöra någon av målgrupperna. Remisserna har kommit från:

- 45 % Privat barnmorskemottagning
- 14 % Offentlig barnmorskemottagning
- 28 % Egen vårdbegäran (EVB)
- 11 % Intern remiss med medicinsk indikation (På grund av behov av utökat stöd och kontinuitet. Remisserna har skickats från teamet för förlossningsrädsla, Maria Mödravård och kuratorer)
- 2% Övrigt (Flyktinghälsan, migrationsverket, vårdcentral, kvinnojour)

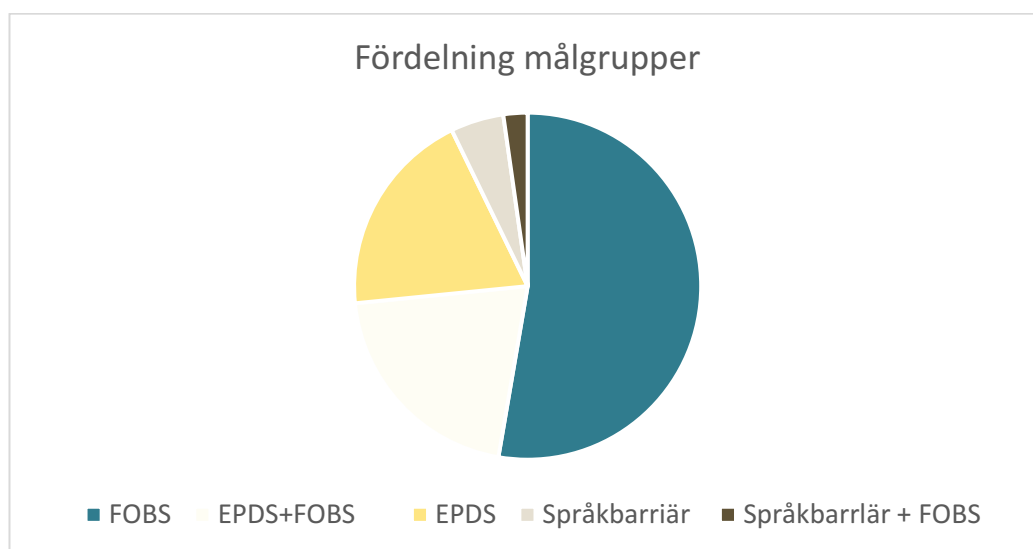


Fördelning mellan målgrupperna

Fördelningen över andelen inkomna remisser är i stort sett oförändrad sedan föregående delrapport i maj 2025. Målgruppen med kvinnor som inte talar svenska eller engelska är fortsatt mycket liten (7%).

Remissorsak har fördelats mellan målgrupperna enligt följande:

- 53 % Förlossningsrädsla
- 21 % Både förlossningsrädsla och uttalad ångest/oro
- 19 % Uttalad ångest/oro
- 5 % Talar ej svenska eller engelska
- 2 % Talar ej svenska eller engelska och har förlossningsrädsla



FOBS: Skala som identifierar förlossningsrädsla

EPDS: Skala som identifierar ångest- och depressionssymptom

Språkbarriär: Kvinnor som inte talar svenska eller engelska och väntar sitt första barn i Sverige

Kommunikationsinsatser

En rad olika kommunikationsinsatser har gjorts för att:

- få kraft i projektet samt skapa engagemang och delaktighet hos berörda inom primärvården (offentliga och privata barnmorskemottagningar) samt internt inom kvinnosjukvården på Skånes universitetssjukhus.
- barnmorskor ska vilja söka sig till projektet.
- kvinnor i målgrupperna ska vilja och kunna ingå i vårdmodellen.
- stärka bilden av Sus som universitetssjukhus och attraktiv arbetsgivare.

Barnmorskor vid privata och offentliga barnmorskemottagningar har en viktig roll för att tidigt i graviditeten fånga upp och identifiera kvinnor med extra behov av trygghet och kontinuitet och remittera till Min barnmorska.

Därför har stort fokus legat på att informera och involvera chefer och barnmorskor i primärvården, bland annat genom att presentera och skapa dialog kring projektet på verksamhetschefsmöte, utbildningsdagar, APT och andra möten med barnmorskor samt via mejl och brev direkt till barnmorskor från projektledaren eller via nyhetsbrevet Vårdgivarnytt.

Projektet har kommunicerats i nyheter på intranätet och det har tagits fram en projektsida på Vårdgivare Skåne.

Det har tagits fram vykort och affischer på fem språk att dela ut och sätta upp på berörda barnmorskemottagningar, med länk/qr-kod till information på skane.se/sus och 1177.se.

Projektet har lyfts i extern nyhet, pressmeddelande och sociala medier (LinkedIn, Instagram och Facebook) och har fångats upp av media (bland annat SVT och Sydsvenskan).

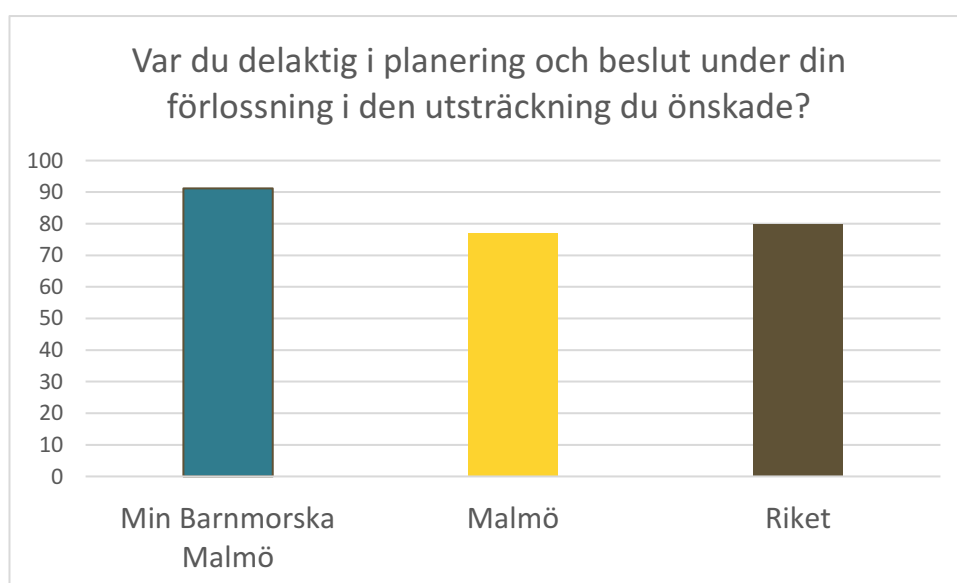
Projektet har också haft samarbete med bland annat SFI (svenska för invandrare), flera familjecentraler i Malmö, Barnskyddsteamet, Språkcafé, Utveckling migration och hälsa och kvinnojourer – alla viktiga ambassadörer som möter målgruppen.

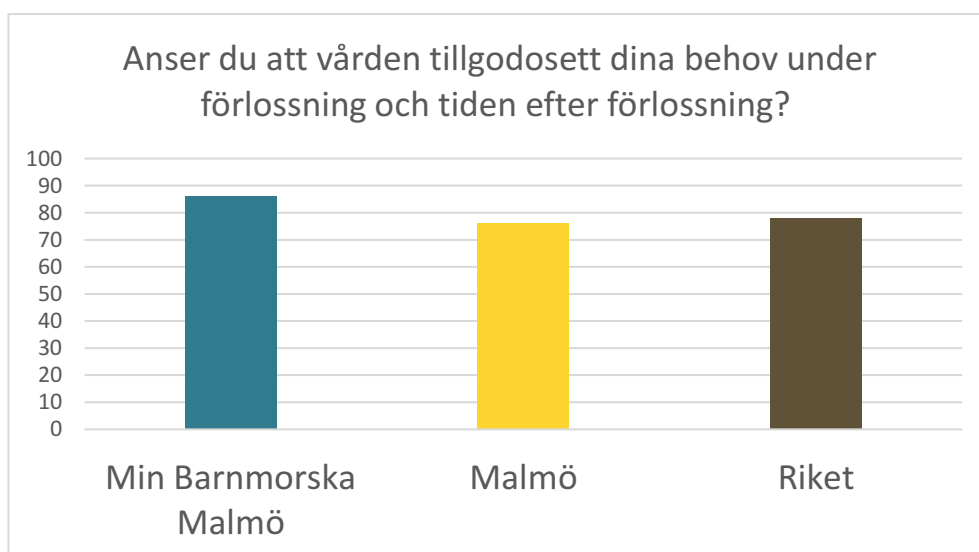
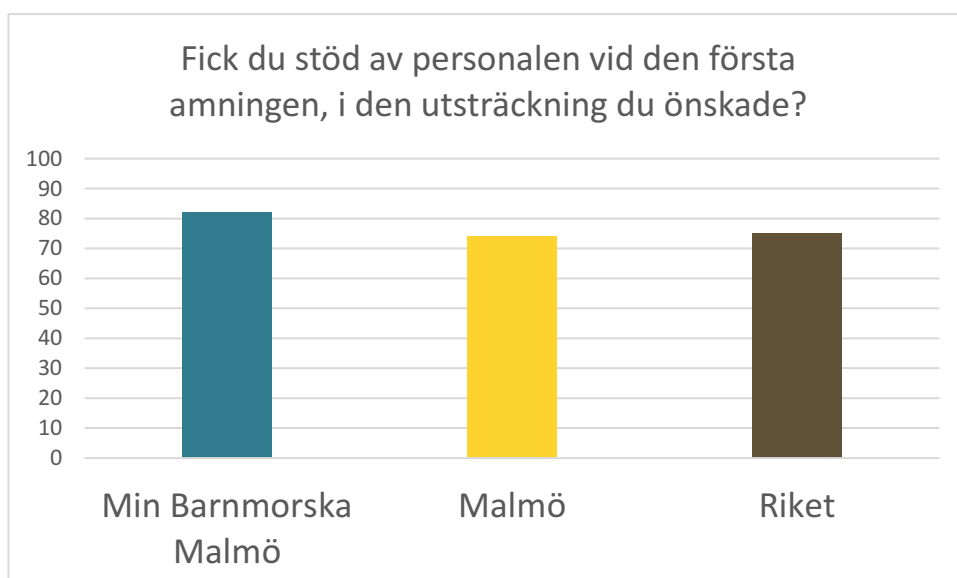
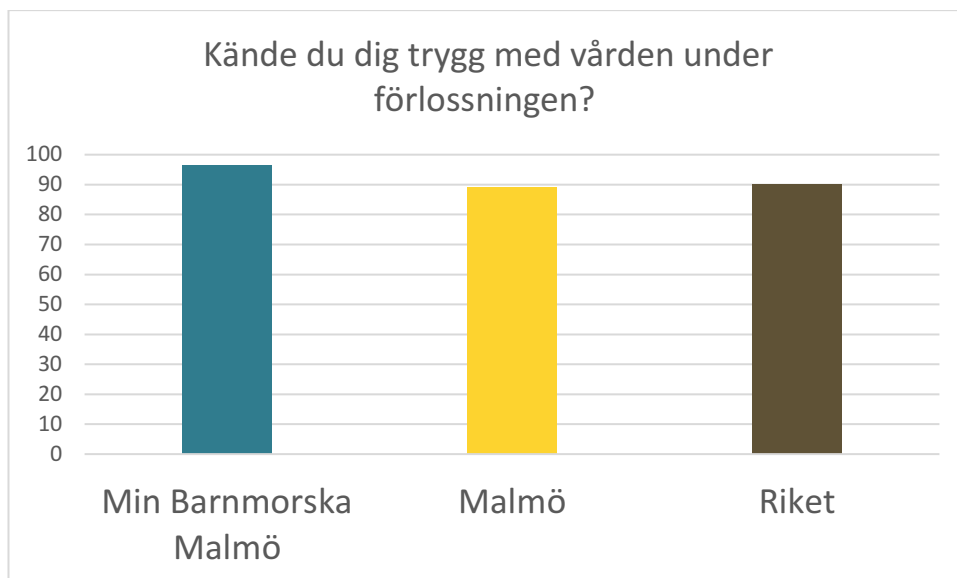
Upplevelse av vården

I den vetenskapliga utvärderingen som gjorts av Lunds universitet har kvinnorna i Min barnmorska fått svara på ett antal frågor under graviditeten, två månader efter förlossningen och ett år efter barnet fötts. Flera av frågorna är desamma som i den nationella graviditetsenkäten, för att kunna göra jämförelser med standardvården.

Enkäterna har översatts till sex olika språk. Svarsfrekvensen har varit god; under graviditet 91 % och två månader efter födsel 76 %. Eftersom införandedelen av projektet varit igång mindre än ett år har inga kvinnor haft möjlighet att svara på frågorna efter ett år än.

Som en del av två doktorandprojekt har även individuella intervjuer genomförts. Det preliminära resultatet visar att kvinnorna i Min barnmorska upplever större delaktighet och trygghet samt bättre stöd under födsel och vid första amningen jämfört med standardvården i Malmö eller nationellt (se figurerna nedan).





Några citat som är representativa för de intervjuer som gjorts:

”Att alla var förstående och inlyssnande, fick mig att känna mig sedd och hörd. Gav mig rätt verktyg och stöd för att jobba igenom min förlossningsrädsla. Kändes tryggt att alla inom teamet, även om jag inte hann träffa alla innan förlossningen, var inlästa och förstående i min situation.”

”Jag tror att 50% av rädslan jag hade för förlossningen försvann för att jag visste att jag kände dem ... och jag kom fram till att väldigt mycket av min rädsla beror på att jag inte vet vilka människor det är jag kommer att ha att göra med.”

Förlossningssätt

Födelse med kejsarsnitt innebär ökad antibiotikaanvändning, risk för större blödningsmängd, längre sjukhusvårdtid, ökad infektionsrisk, ökad blodproppsrisk, försenad amningsstart, separation av mamma och barn, ökad risk för inväxande moderkaka vid nästa graviditet, ökad risk för kejsarsnitt vid eventuell nästa födelse och för barnen ökad risk för andningsstörning, neonatalvård och för att drabbas av diabetes och astma senare i livet (bilaga 2,5).

I HTA-analysen som granskade internationella studier sågs en möjlig effekt på kejsarsnittsfrekvensen i form av lägre andel kejsarsnitt inom vården med barnmorskekontinuitet (bilaga 2, 2). För att få svar på om det också gäller för vård i Sverige har fokus riktats på att följa förlossningsutfall i Min barnmorska.

För att kunna göra en jämförelse har gruppen kvinnor med förlossningsrädsla inom standardvården i Malmö använts. En ytterligare jämförelse är gjord med kvinnor utan förlossningsrädsla som fött barn i Malmö under samma tidsperiod.

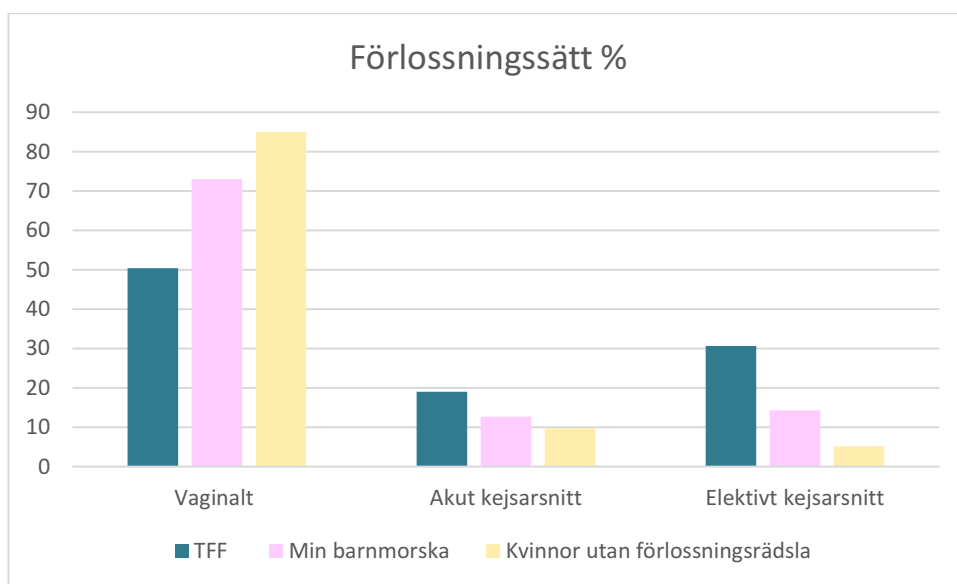
Av de 124 kvinnor som fött barn inom Min barnmorska mellan oktober 2024 och september 2025, har 14,3 % fött barn med planerat kejsarsnitt - jämfört med 30,6 % av gravida med förlossningsrädsla

som fått stöd inom Team för förlossningsrädsla i standardvården och 5,2% av kvinnor utan förlossningsrädsla.

Andelen akuta kejsarsnitt var 12,7 % i Min barnmorska - jämfört med 19% för kvinnor som fått stöd inom Teamet för förlossningsrädsla och 9,7% för kvinnor utan förlossningsrädsla.

Den totala andelen kejsarsnitt för kvinnor inom Min barnmorska var 27% jämfört med 49,6% inom Teamet för förlossningsrädsla och 14,9% för kvinnor utan förlossningsrädsla.

Dessa preliminära data går i linje med tidigare forskning som visar på samband mellan förlossningsrädsla och såväl akuta som planerade kejsarsnitt (Bilaga 2, 6). Resultaten går också i samma riktning som HTA-analysen, dvs fler vaginala födslar för kvinnor som får vård i en kontinuitetsmodell, men kräver fortsatt uppföljning och ytterligare analys.



Hittills har inga allvarliga bristningar eller klipp i mellangården rapporterats hos de kvinnorna som fött spontant vaginalt inom Min barnmorska.

Arbetsmiljö, personalomsättning och bemanning

För att undersöka arbetsmiljön har en medarbetarenkät kring organisatorisk och social arbetsmiljö gjord genom Prevent². Utöver detta har exitintervjuer gjorts med 4 av de 5 medarbetare som valt att avsluta sin anställning under året. Vi har även valt att titta på kvantitativa parametrar kring övertid och personalomsättning.

Vårdmodellen och arbetssättet i Min barnmorska attraherar många barnmorskor. Utlysta tjänster till Min barnmorska har också haft ett högt antal sökande.

I projektplanen beräknades att varje barnmorska skulle kunna ansvara för cirka 35-40 gravida per år baserat på vårdtyngd, kvinnors behov och målgrupperna. Med 8 barnmorskor i tjänst beräknades det kunna ingå cirka 280-340 gravida totalt, och med en bemanning på i genomsnitt 6 barnmorskor per vecka blir motsvarande antal 210-240.

För att uppnå en bemanning med 8 barnmorskor i tjänst/vecka, beräknas ytterligare 1-2 barnmorskor behöva anställas vilket motsvarar beräkningen i projektplanen. Hittills har viss försiktighet att anställa upp fullt ut gjorts med hänsyn till genomförande av vårdmodellen, remissinflöde och budget.

Bemanning och personalomsättning

För att tillgodose god tillgänglighet bygger modellen på att 8 barnmorskor är i tjänst varje vecka. Initialt rekryterades 8 barnmorskor och av dessa rekryterades 3 externt och 5 internt från BB hemma (2), administrativ tjänst (1), förlossningen i Lund (1), förlossningen i Malmö (1). Fyra från det ursprungliga teamets barnmorskor arbetar kvar.

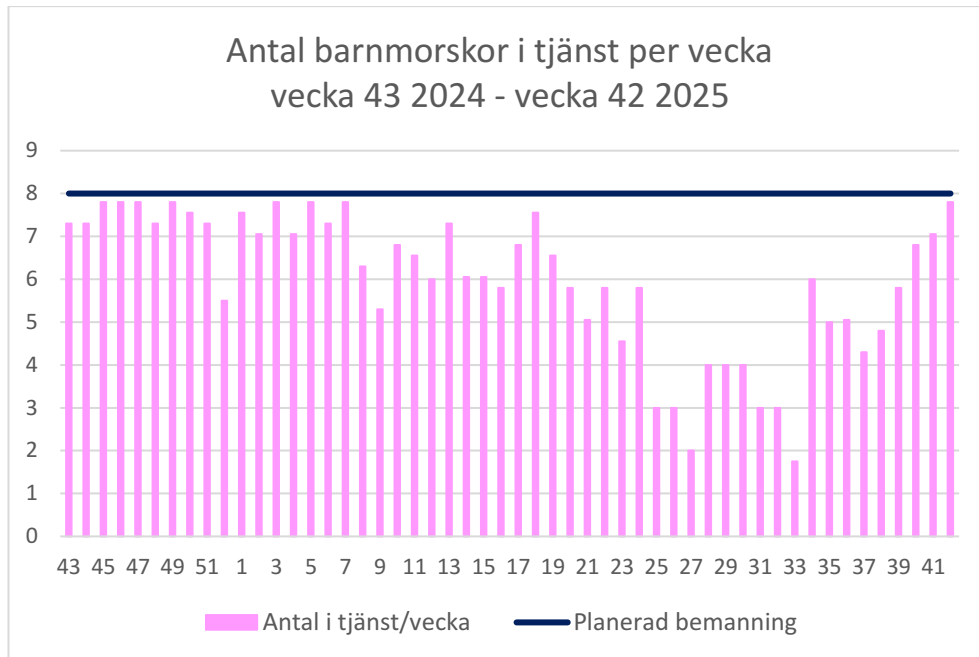
² Prevent är en ideell organisation inom arbetsmiljöområdet som ägs av Svenskt Näringsliv, LO och PTK.

Av de barnmorskor som totalt har rekryterats under året har 5 valt att avsluta sina tjänster i Min barnmorska. Av snittbemanningen på 8 barnmorskor innebär detta en personalomsättning på ca 60 procent.

Det är svårt att göra jämförelser med andra enheter då storleken på enheten är så liten i jämförelse. Att det har varit ett nytt arbetssätt och ny vårdmodell spelar sannolikt stor roll för den höga personalomsättningen. Det kan ändå finnas ett värde att jämföra med standardvården, där förlossningsavdelningen i Malmö (med 50 barnmorskor anställda) haft en personalomsättning på 20 procent under samma period, på förlossningsavdelningen i Lund (med ca 52 barnmorskor) är siffran 30 procent.

Rekryteringsväg		Arbetsplats idag		
VO obstetrik och gynekologi	Utanför SUS	Min barnmorska	VO obstetrik och gynekologi	Utanför SUS
1			1	
	1			1
1		1		
1		1		
1			1	
1			1	
1		1		
	1		1	
	1	1		
	1	1		
1		1		
	1	1		
7	5	7	4	1

Vid semester, vård av barn och sjukdom, påverkas arbetsmiljön för barnmorskorna samt tillgängligheten för kvinnorna inom Min barnmorska. Sedan projektet startade har teamet inte uppnått full kapacitet då det varit i genomsnitt 6,0 barnmorskor i tjänst/vecka. Detta har också inneburit mer ensamarbete för barnmorskorna, att de behöver byta turer i stor utsträckning och ta extrapass för att täcka vakanser.



För att barnmorskorna skulle få möjlighet att ta ut semester under sommaren beslutade projektets styrgrupp inför sommaren att:

- Min barnmorska inte skulle bemannas nattetid
- Bemanningen på dagtid skulle halveras
- Semesterperioden skulle hållas så kort som möjligt, vilket blev totalt nio veckor

Arbetstider

De exitintervjuer som gjorts med de 5 medarbetare som valt att avsluta sin anställning under året visar att arbetstiderna haft en avgörande roll.

Det är den återkommande beredskapen som anses vara belastande och svår att hantera. Ett återkommande bekymmer som lyfts är att patienterna överlag anses vara vårdkrävande och man tar med sig arbetet hem. Flera uppger också att de ofta känt sig ensamma när de verkar på andra enheter inom verksamhetsområdet (förlossningsavdelningen och BB-vården).



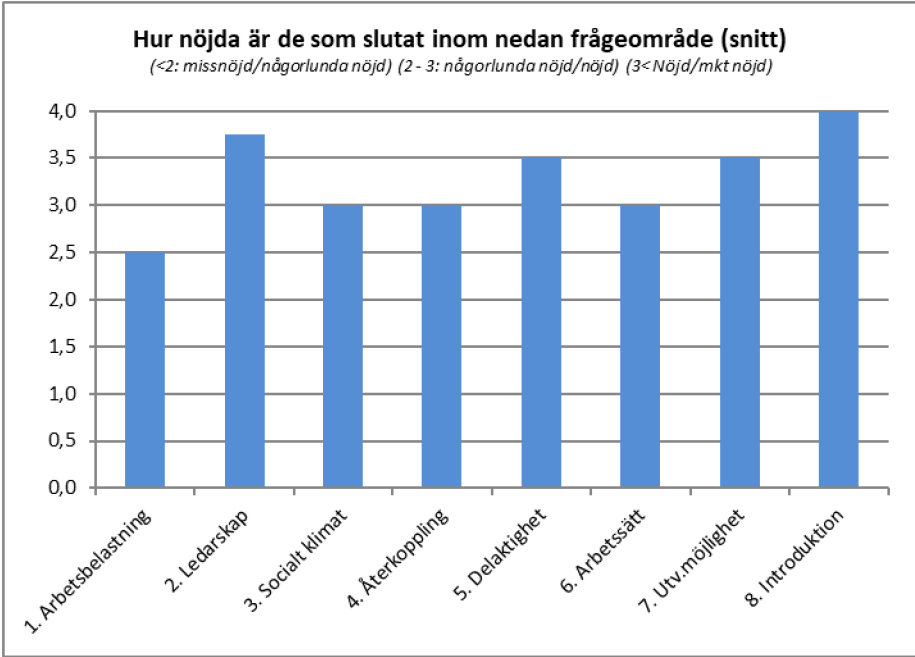
Inför hösten genomfördes schemaändringar som innebär att beredskapstiden har kortats ned för varje barnmorska med 24 timmar/8 veckor. Det är en förändring som inte beräknas påverka tillgängligheten för kvinnorna.

Arbetsbelastning

De som slutat rankar överlag de olika delarna i arbetet högt och är nöjda eller mycket nöjda med bland annat introduktion, ledarskap, delaktighet och utvecklingsmöjligheter.

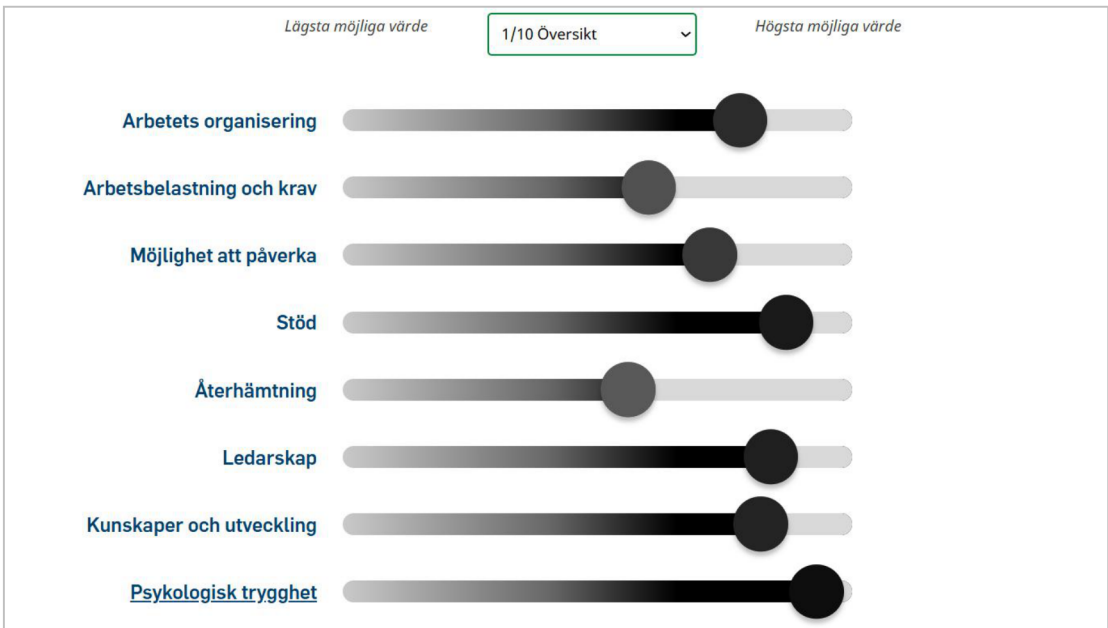
Det som får lägst ranking är arbetsbelastning. I början av projektiden beskriver flera att det var lugnt eller för lugnt innan verksamheten kom riktigt igång. Sedan har det upplevts som något för högt och flera av barnmorskorna uppger att kvinnorna bär med sig en tung psykosocial belastning som varit största anledningen till arbetsbelastningen.

Utöver aspekterna med beredskap och arbetsbelastning nämner flera kompetens som en utmaning. Upplevelsen är att det är svårt att jobba med bredden i hela sin kompetens.



Källan: Prevents OSA-enkät (organisatorisk och social arbetsmiljö)

Även de som fortfarande arbetar i projektet ger arbetsbelastning och krav samt möjligheter till återhämtning en lägre ranking än övriga aspekter av arbetet. Arbetsbelastning och krav är också det enda värdet som är lägre än jämförelsevärdet. Det är framför allt att man inte alltid hinner med sina arbetsuppgifter inom arbetstiden som är det som får lägst resultat. När det gäller återhämtning är det att man enbart ibland kan använda raster som återhämtning från arbetet.



Källa: Prevents OSA-enkät (organisatorisk och social arbetsmiljö)
 Varje område omfattas av flera frågor och här visas det sammanvägda resultatet/område.

Nedan tabell visar resultatet för området ”Arbetsbelastning och krav”:



Frånvaro och närvaro

En analys av frånvaro och närvaro under perioden visar på ett högt uttag av övertid. Övertiden inträffar dels när barnmorskan har beredskap som bryts till aktiv tjänstgöring samt när man täcker för varandra på grund av sjukdom, vård av barn eller semester. En av anledningarna till detta är när kvinnorna ringer under beredskapstiden (kl 16-19 eller kl 04-07) och behöver stöd av sin barnmorska mer akut t ex när värkarbete har inletts.

Barnmorskorna i projektet har mer övertid än barnmorskor i standardvården - både relaterat till anställd tid och använd tid. Anledningarna till övertid på förlossningsavdelning i Malmö är dock andra och beror i huvudsak på att det finns ett stort behov av att täcka vakanser som uppstår akut på grund av sjukdom eller vab, samt att bemanningen på förlossningen i Malmö inte är fullständig (30 procents barnmorskebrist för att uppfylla en grundbemanning). På förlossningsavdelningen i Lund är bemanningen däremot fullgod, men även här uppstår i första hand övertid för att täcka uppkomna vakanser.

Även om anledningen till övertid skiljer sig åt mellan projektet och standardvården är det ändå intressant ur ett arbetsmiljöperspektiv att jämföra de olika enheternas genomsnittliga övertid, eftersom arbete utöver ordinarie arbetstid ger en indikation på barnmorskans arbetsmiljö.

Arbetsstillfredsställelse

Förutom den medarbetarenkät som gjorts genom Prevent samt de exitintervjuer som genomförts, har medarbetarna i projektet deltagit i en workshop i ett nätverk för barnmorskor som arbetar inom kontinuitetsvård i Sverige.

Vid nätverksträffen den 5 november 2025 genomfördes gruppdiskussioner kring faktorer som påverkar arbetsstillfredsställelsen med att arbeta inom kontinuitetsvård.

Nedanstående faktorer som påverkar arbetsmiljön positivt kommer från barnmorskorna i Min barnmorska Malmö från workshopen:

- arbeta självständigt och flexibelt vilket skapar känsla av kontroll
- arbeta personcentrerat och familjeorienterat genom att utgå ifrån kvinnornas och familjernas behov
- arbeta i en modell som är evidensbaserad och hållbar ger meningsfullhet
- skapa trygghet genom tillitsfulla relationer och kunna återskapa tillit till vården
- få en ökad förståelse för kvinnor med komplex sårbarhet
- ge vård i hemmet under graviditet och eftervård
- ge kontinuerligt stöd vid förlossning med en födande kvinna per barnmorska
- ha kollegialt stöd i gruppen (teamkänsla) och en gemensam vårdfilosofi
- ha handledning med kurator och regelbundna utbildningstillfällen

- ha regelbundna träffar i ett nationellt nätverk för barnmorskor som arbetar i kontinuitetsmodeller

Faktorer som påverkar arbetsmiljön negativt och som angetts som skäl för uppsägning (av de barnmorskor som valt att sluta).

- Boende med långt avstånd till arbetet som innebar svårigheter att hålla inställelsetiden
- Svårigheter och stress att ha beredskap och jour i hemmet.
- Att kunna avgränsa arbetet och inte bära arbetet med sig på ledig tid.
- Arbets- och vårdtyngd med målgrupperna som kräver extra stödinsatser, koordination av vårdinsatser och individuell vård
- Nattarbete

Ekonomi

Projektet finansieras med 7,1 mkr per år med projektmedel från Hälso- och sjukvårdsnämnden under den treåriga projektiden. Projektets slutdatum är satt till 2026-12-31.

Resultaträkningen ger en bild av projektets kostnader och intäkter under perioden oktober 2024 – september 2025:

Intäkter				
Mödrahälsovård				3 229 820
Direkta kostnader				
	Personalkostnader			8 034 883
	varav			
		Övertid		400 361
		OB-ersättning		329 679
		Jour		133 342
	Övriga kostnader			310 313
	varav			
		Hyra		26 681
		IT		179 323
		Material		104 309
Indirekta kostnader				
	Läkarpersonal			164 093
	Administration			60 012
Resultat				-5 339 481

Resultaträkningen visar verksamhetens merkostnader kopplat till projektet. Kostnader för förlossningsvård samt vård för BB-avdelningen och BB-avdelning familj är exkluderade.

Insikter från projektet

- Vårdprogrammet inom Min barnmorska har varit genomförbart i hela vårdkedjan med barnmorskebesök på BB Min barnmorska, graviditetsbesök i hemmet (graviditetsvecka 35-36), föräldrautbildning, latensfasvård, kontinuerligt stöd under förlossning och BB-vårdsbesök på sjukhuset och BB-vård i hemmet.
- Samarbetet med kollegorna i standardvården (Mobilt team BB, Förlossningsavdelningen, Specialistmödravården) kring vården av kvinnorna inom Min barnmorska har skapat förståelse och förtroende för vårdmodellen inom verksamhetsområdet.
- De gravida som remitteras till Min barnmorska har visats bära en komplex sårbarhet som kräver extra vårdinsatser, ibland

kontakt med socialtjänst och remiss till psykiatri eller annan specialistvård.

- För barnmorskorna innebär målgrupperna ett högre behov av att individualisera vården för att skapa trygghet och relationell vård vilket kan vara svårt, upplevas kravfyllt och innebära svårigheter med avgränsningar.
- För få kvinnor remitteras till Min barnmorska från barnmorskemottagningar, vilket troligen beror på de ekonomiska förutsättningarna. Det visas bland annat genom ett lågt antal kvinnor med språkliga barriärer.

Hittills pekar preliminära resultat av insamlad data på fördelar för vård inom Min barnmorska. Det krävs ett större material, fortsatt insamling av data och fördjupad analys för att kunna dra säkra slutsatser.

Om vårdmodellen ska kunna införas efter projektslut

Att erbjuda vårdmodellen även efter projekttidens slut och för en bredare målgrupp skulle ge fler kvinnor möjlighet att ta del av Min barnmorska.

I projektet ingår att testa vårdmodellen inför ett eventuellt beslut om fortsättning efter projekttidens beslut.

Inför ett sådan beslut behöver därför ett antal frågor belysas, analyseras och tas i beaktande - för att säkerställa att de verksamheter i Region Skåne som berörs får rätt förutsättningar att bedriva god vård både inom vårdmodellen Min barnmorska och i standardvården. I det ingår att få en bild av hur vårdmodellen påverkar bland annat verksamhetsområdets ekonomi, organisation, bemanningssituation och kompetensförsörjning när det inte längre bedrivs i projektform.

- **Vem kan erbjudas kontinuitetsvård i framtiden?**

Kontinuitet i vårdkedjan är en vårdmodell som efterfrågas av fler gravida, inte enbart de som är målgrupp för projektet idag. Det innebär att den vård vi erbjuder idag är långt ifrån jämlik inom Region Skåne.

Om till exempel 25 procent av gravida kvinnor i Malmö skulle ingå i Min Barnmorska motsvarar det ca 1 200 förlossningar på ett år (2024 års siffror). Om varje barnmorska har ansvar för 40 gravida, skulle det krävas 30 barnmorskor till Min barnmorska. Då behöver resurserna omfördelas.

- **Har vi förutsättningar för utökat uppdrag och utökad verksamhet?**

I vårdmodellen i Min Barnmorska ingår att specialistsjukvården bedriver mödravården från och med graviditetsvecka 20 samt eftervård upp till 16 veckor efter förlossning (som i standardvården ligger under primärvården). Vården under graviditeten och vården efter de första sju dagarna efter förlossning innebär därmed en utökning av specialistsjukvårdens uppdrag.

I specialistsjukvården är barnmorskorna vanligen specialiserade i en del av vårdkedjan (exempelvis vård av sjuka gravida, förlossning eller eftervård den första veckan efter förlossningen).

Vårdmodellen Min Barnmorska innebär att barnmorskorna arbetar med hela sin kompetens inom samtliga delar av vårdkedjan, inklusive delar som normalt ligger inom mödravården. Detta har betydelse för kompetenskrav vid rekrytering och kan innebära längre upplärningstid. Kompetens inom alla delar av vårdkedjan tydliggör också vikten av kompetensutveckling. Detta gäller till exempel när det handlar om att upprätthålla förlossningskompetens hos barnmorskorna i

projektet (se Riskanalys Min barnmorska Malmö, diarienummer 2025-O002627).

Övrig verksamhet inom obstetrike (förlossningsavdelningarna i Malmö och Lund, specialistmödravården och eftervården den första veckan efter förlossningen) bedrivs och måste bedrivas på ordinarie sätt och med ordinarie bemanning - oberoende av vårdmodellen Min Barnmorska.

Ett införande av vårdmodellen innebär därmed en utökning av verksamhetsområdets uppdrag, med ökade kostnader för bland annat personal, administration, utrustning och lokaler, men minskat uppdrag för primärvården som tappar intäkter.

- **Hur kan vi säkerställa en god arbetsmiljö?**

Arbetsätt och arbetstider, krav på beredskap och kvinnor med en psykosocial belastning har visat sig påverka arbetsmiljön för barnmorskorna i projektet.

Det är frågor som måste beaktas och belysas ytterligare för att säkerställa en god arbetsmiljö om vårdmodellen ska införas permanent. Analysen av de medarbetarenkäter som gjorts tillsammans med exitintervjuer samt insamlad data visar på några faktorer som behöver undersökas vidare:

- Man behöver se över och hantera den sårbarhet och arbetsbelastning det innebär vid vakanser.
- Övertiden utgör en större andel av arbetad tid än för barnmorskor i standardvården, vilket tyder på en ganska hög belastning. En djupare analys kring övertiden hade behövts då vi i nuläget inte kan få en överskådlig bild av vilken övertid som är bruten beredskap och vilken övertid som avser att täcka vakanser.
- Titta på mängden beredskap och ta hänsyn till detta vid rekrytering. Den återkommande beredskapen är det

som anges som huvudskäl till att man valt att avsluta sin tjänst vid min barnmorska och det är uppenbart att det inte självklart passar alla.

- En viktig aspekt att ta hänsyn till när det gäller arbetsmiljön blir också förutsättningarna att vårda målgrupperna och känslan av att man ofta är ensam.

- **Kan vi skapa incitament för ökat remissinflöde?**

Om vårdmodellen ska kunna erbjudas framöver måste det skapas förutsättningar över förvaltningsgränserna så att beslut om vårdalternativ utgår från kvinnornas vårdbehov och inte utifrån Region Skånes ersättningsmodell. Remitterande instanser (offentliga och privata barnmorskemottagningar) måste ha rätt förutsättningar och incitament att hänvisa kvinnor till vårdmodellen Min barnmorska, även om man tappar en patient.

- **Kostnader för att bedriva vårdmodellen i ordinarie verksamhet?**

Resultaträkningen ovan ger en bild av kostnaderna för att driva vårdmodellen Min Barnmorska i ordinarie verksamhet.

Beräkningen är baserad på nuvarande bemanning och remissinflöde.

Om fler gravida skrivs in så ökar intäkterna, samtidigt kommer både övriga kostnader samt personalkostnaderna för bland annat övertid och beredskap (jour) att öka. Om bemanningen behöver stärkas så innebär detta att även lönekostnaderna kommer att öka.

- **Sommarbemanningen kommer påverka Min barnmorska även framöver**

Sommarbemanningen inom Region Skånes förlossningsvård är en ständigt återkommande utmaning. De resurser som finns inom Min Barnmorska behöver framöver inkluderas i den ordinarie sommarplaneringen, för att verksamhetsområdet ska kunna ge en patientsäker förlossningsvård. Det innebär att det finns risk att delar i vårdmodellen Min Barnmorska inte kan upprätthållas under sommarperioden.

Bilaga 1

Min barnmorska jämfört med Region Skånes standardvård

Verksamhetsbeskrivning 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 möjlighet till förlossnings och föräldraförberedelse vid 4 tillfällen (förlossnings- och amningsförberedelse) under graviditeten där de i huvudsak träffar de andra barnmorskorna i teamet.
- Alla gravida har tillgänglighet till teamet dygnet runt via telefon.
- Gravida med förlossningsrädsla erbjuds stödsamtal inom vården i Min Barnmorska (Teamet för förlossningsrädsla på sjukhuset tillhör standardvården).
- Inom Min barnmorska erbjuds regelbunden handledning med kurator då relationell vård kan vara svårt, med höga förväntningarna vilket ibland kan upplevas som kravfyllt av barnmorskorna som då får stöd i sitt uppdrag.
- Gravida som identifieras med graviditetsdiabetes fortsätter sin vård inom Min barnmorska i samarbete med specialistmödravården, enligt ny rutin.
- Gravida med psykisk ohälsa kan också erbjudas vård inom Min barnmorska i samarbete med Maria Mödravård.
- I det tidiga förlossningsskedet (latensfasen) kontaktar den gravida Min Barnmorska i stället för att ringa till förlossningsavdelning på sjukhuset. Vid samtalet görs en individuell bedömning och kvinnan erbjuds sjukhusvård eller vård i hemmet, tills förlossningen startar eller sjukhusvård krävs.
- Förlossningen sker på förlossningsavdelningen i Malmö där en barnmorska från teamet ansvarar för förlossningen.

- Barnmorskan från Min barnmorska erbjuder kontinuerligt stöd under födseln och övrig personal tillkallas vid behov.
- Efter förlossningen görs en bedömning om vilken vårdnivå som familjen har behov av. Vid BB vård på sjukhus upprätthålls kontinuitet genom dagliga besök. Vid utskrivning från förlossning eller BB erbjuds i stället eftervård i hemmet med sedvanliga kontroller (samma som på sjukhus) och amningsstöd.
- Innan BB hemmavården avslutas, bokas kvinnan till patientansvarig barnmorska för efterkontroll och preventivmedelsrådgivning ca 8 veckor post partum.

Vårdkedjan. Graviditet, födande och eftervård.

REGION SKÅNES STANDARDVÅRD – JÄMFÖRELSE MED MIN BARNMORSKA MALMÖ

Standardvård	Min barnmorska
Fragmenterad vård med flera olika vårdgivare/barnmorskor genom vårdkedjan (graviditet, födsel, första veckan efter förlossning och vidare uppföljning) Kvinnorna behöver återberätta sin medicinska historia och sociala bakgrund upprepade gånger i olika vårdinstanser.	Relationell kontinuitetsvård. Varje kvinna har en ansvarig barnmorska som ingår i ett känt team av barnmorskor som ger vård genom hela vårdkedjan, under graviditet, födsel och första veckan efter förlossning och eftervård till och med 16 veckor efter förlossningen. Kvinnans medicinska, psykologiska och sociala bakgrund kommer att vara känd av hennes barnmorska och hennes team.
Mödravård	
Tillgänglighet på kontorstid, måndag-fredag. Telefonsvarare.	Tillgänglighet dygnets alla timmar oavsett veckodag (24/7). Direkttelefon för akuta besvär och förlossning annars Call-back för frågor rörande graviditeten.
Vid förlossningsrädsla: Följer mödrahälsovårdsprogrammet med remittering till Teamet för förlossningsrädsla på sjukhuset som erbjuder 1-2 besök under graviditeten, ibland kuratorskontakt och bedömning av specialist.	Inom Min barnmorska ges stöd vid förlossningsrädsla med individuellt samtalsstöd genom graviditet, födsel och eftervård samt uppföljning av förlossningsupplevelse. Erbjuder kontakt med kurator och bedömning av specialist vb.
Vid psykisk ohälsa: Betydande skillnader i möjlighet att identifiera,	Ger omfattande, individanpassat stöd som tar hänsyn till kvinnans fysiska, emotionella och

tillgången till behandling och remissalternativ samt den tid som avsätts för rådgivning mellan olika kliniker.	psykologiska behov genom hela vårdkedjan. Samma remitteringsalternativ som inom basmödravården.
Inga hembesök	Hembesök i graviditetsvecka 35-36.
Förlossningsvård	
Kontakt med förlossningsavdelningens koordinator via telefon för rådgivning och när det är OK att komma till sjukhuset.	Min barnmorska är tillgänglig dygnet runt via telefon för rådgivning och bedömning om hembesök är lämpligt eller om kvinnan ska komma in till förlossningsavdelningen.
Inläggning på sjukhuset där kvinnan får vård under förlossningen av okända barnmorskor.	Min barnmorska är tillgängliga dygnet runt för förlossningsstöd. Inläggning på sjukhus och ansvarig barnmorska eller någon från teamet ger kontinuerligt stöd under hela förlossningen och assisterar under födseln samt tre timmar efter.
Inga hembesök	Hembesök under latensfas vid behov för förstföderskor
Standardvård	Min barnmorska
Första veckan efter förlossning	
Barnmorskan som assisterade vid födseln bedömer vårdbehovet efter förlossning. BB på sjukhus, Familje-BB eller BB-hemma erbjuds. Eftervård ges av okända barnmorskor antingen genom hembesök med BB hemma eller vård på BB på sjukhuset av sjuksköterskor eller barnmorskor. Sjukhuset ansvarar för första veckans vård och det innebär i medel 1-2 dagars sjukhusvård, BB hemma erbjuder hembesök vid behov under första veckan. Ett screening program erbjuds för nyfödda med uppföljning av PKU, hyperbilirubinemi, vikt, hörseltest och helkroppsundersökning.	Barnmorskan som assisterade vid födseln bedömer och planerar vården under första veckan. Hembesök vid behov av ansvarig barnmorska eller någon från teamet. Vid postpartumvård på sjukhus gör Min barnmorska besök på BB avdelningen eller uppföljning via telefon av den ansvariga barnmorskan eller någon från teamet och bibehåller på så sätt kontinuitetsvården. Samma screeningprogram erbjuds för nyfödda som i standardvård. Kvinnans omställning efter förlossning samt förlossningsupplevelse följs upp av Min barnmorska eller någon från teamet.

Vid allvarliga bristningar: Uppföljning av bristningsmottagning Vid amningsproblem: Uppföljning på amningsmottagning	
Eftervård/uppföljning	
Återbesök på barnmorskemottagning 6-12 veckor efter förlossningen. Uppföljning av omställning efter förlossning, fysiskt, psykiskt och socialt, förlossningsupplevelse, läkning av bristning, amning och uppfödning samt erbjudande om preventivmedel.	Återbesök hos Min barnmorska 6-12 veckor efter förlossningen.

Bilaga 2:

Referenser

1. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Geneva, 2018.
2. Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, Rubertsson C, et al. Nytt och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård.(2022)
3. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2024;4(4):Cd004667.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2025-3-9442.pdf2025>.
5. SBU. Kejsarsnitt på kvinnans önskemål – fördelar och nackdelar för kvinna och barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU Utvärderar 343. Available from: <https://www.sbu.se/343>
6. Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. Women and Birth, 32(2), 99-111.