

BESLUTSFÖRSLAG

Österlind, Jenny
Jenny.Osterlind@skane.se

Datum 2026-09-22
Ärendenummer 2026-POL000174

Slututvärdering - sammanhållen vårdkedja i förlossningsvården SHS Sus

Ordförandens förslag

1. Förvaltningen får i uppdrag att värdera hur ambitionerna med, och erfarenheter från, pilotprojektet kan tas till vara inom Skånes universitetssjukhus, samt att främja erfarenhetsutbyte med övriga verksamheter i Region Skåne.

Sjukhusstyrelse Sus föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden följande:

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden lägger slututvärdering av pilotprojektet sammanhållen vårdkedja i förlossningsvården till handlingarna.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde 2023-04-13 § 45 att pilotverksamhet för en sammanhållen och teambaserad vårdkedja (Caseload) i förlossningsvården genomförs vid förlossningskliniken vid Skånes universitetssjukhus (Sus) i Malmö. Ärendet beskriver en bedömning som beaktat inlämnad slutrapport.

I ärendet finns följande dokument:

1. Beslutsförslag 2026-09-22
2. Slutrapport projekt Min barnmorska Malmö

Beskrivning av ärendet och skälen för förslaget

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har genom beslut 2023-04-13 § 45 gett Skånes universitetssjukhus i uppdrag att i projektform testa och utveckla en sammanhållen och teambaserad vårdkedja för en utvald grupp gravida kvinnor i Malmö med halvårsvis uppföljning samt en slututvärdering av projektet och förslag till beslut till hälso- och sjukvårdsnämnden huruvida pilotprojektets modell för en sammanhållen och teambaserad vårdkedja (Caseload) i förlossningsvården bör permanentas och utökas.

Med stöd av beslutet har under 2024 -2026 ett vårdmodell-projekt genomförts under namnet Min barnmorska. Projektets merkostnader har finansierats genom projektmedel från HSN på 21,3 mnkr över 3 år. Hittills redovisade och ianspråktaga merkostnader (till och med juni 2026) för att genomföra projektet uppgår till cirka 16 mnkr. Projektet har utvärderats och det pågår även följeforskning i samarbete med Lunds universitet. Målgrupperna för erbjudandet om en sammanhållen vårdkedja har varit gravida boende i Malmö med förlossningsrädsla, språkbarriär eller uttalad oro och ångest. Vårdmodellen bygger på att den gravida följs av ett fåtal barnmorskor genom graviditet, förlossning och tiden efter födseln (från och med graviditetsvecka 20 till och med 16 veckor efter födseln). Projektets mål var att utvärdera projektet ur patientperspektiv, medarbetarperspektiv samt ekonomiska kostnader och rutiner som underlag för vårdgivarens ställningstagande till en eventuell implementering i regionen.

I bilaga som benämns Slutrapport redovisas genomförande och preliminära resultat från utvärderingen för perioden oktober 2024 – juli 2026. Slutrapporten har beaktats i detta beslutsförslag som är en fördjupad analys av förutsättningarna att implementera modellen i hela Region Skåne utifrån perspektiv som jämlikhet, kvalitet, uthållighet och kostnadseffektivitet.

Förutsättningar för implementering av modellen för hela regionen efter projektiden

Som en del i uppdraget ingår att ta till ställning till om vårdmodellen är lämplig att implementeras i hela eller delar av Region Skåne efter projektavslut.

Enligt Socialstyrelsen saknas tillräckliga vetenskapliga underlag för att kunna dra slutsatser om utfallet för mor och barn av case load midwifery jämfört med traditionell svensk vårdmodell[1]. Andra kunskapsunderlag [2] påtalar även vikten att beakta organisatoriska, ekonomiska som etiska aspekter vid införande av metoder som kontinuitetsmodellen. Det saknas även vetenskapliga studier med tillräcklig analys av kostnadseffektivitet jämfört med traditionell vårdmodell [2]. Utifrån nationella skillnader vad gäller arbetstid, ersättningsnivåer och uppgiftsfördelning mellan olika yrken behöver sådana analyser med fördel göras nationellt.

Projektet för kontinuitetsvård som testats vid Sus Malmö har haft positivt utfall för majoriteten av patienter som ingått. Redovisade resultat är dock preliminära och inte i nivå med den typ av data som Socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsunderlag normalt baserar sig på. Aspekter som beaktas inför rekommendation om ett regionalt införande inkluderar bland annat:

- Uppdraget för specialistsjukvården
- Målgrupp och geografisk avgränsning
- Arbetsmiljö och kompetensförsörjning
- Finansiering och ersättningsmodeller

Ovan områden har delvis belysts i slutrapporten utifrån iakttagelser inom pilotprojektet. Nedan fördjupas analysen utifrån ett huvudmannaperspektiv.

Uppdraget för specialistsjukvården

Förutsättningen för piloten har varit att projektverksamheten utgår ifrån, och organiseras inom, sjukhusets specialistsjukvård. Denna uppdragsförändring har inneburit ett resursökningsbehov eftersom bas-mödrahälsovård för de gravida övertagits från regionens privata och offentliga barnmorskemottagningar till en sjukhusförvaltning.

Bedömning: Konsekvenser av ett regionalt breddinförandet bedöms behöva omfatta både mödrahälsovård (privat/offentlig) som sjukhusförvaltningar.

Målgrupp och geografisk avgränsning

Om gravida som bor långt ifrån sjukhuset med Min barnmorske-teamet ska kunna erbjudas modellen så kan resursåtgång och arbetstid per barnmorska behöva öka på grund av restid, alternativt att alla gravida inte kan erbjudas samma omhändertagande i sin hemmiljö. Skulle erbjudande att ingå i modellen vara avhängigt på var den gravida bor kan det uppfattas som ett avsteg ifrån ambitionen att kunna erbjuda jämlik vård utifrån behov.

Bedömning: Vid ett regionalt breddinförande finns flera utmaningar kring geografiska avstånd och jämlik vård.

Arbetsmiljö och kompetensförsörjning

Projektet ger inte underlag för att uttala sig om hur ett permanent införande skulle påverka tillgången för barnmorskor på helheten. Risk finns att en betydande del av de som skulle behöva rekryteras kommer från regionens egna förlossningsavdelningar. Det kan försvåra Skånes förlossningsvårds förmåga att upprätthålla kapacitet, inte minst under sommar- och semesterperioder. De arbetstids- och schemamodeller som använts i projektet har därutöver varit kostsamma och är oförenliga med gällande avtal. Därutöver finns erfarenheter med upplevd orättvisa och försämrad arbetsmiljö om olika arbetsplatser/enheter med samma yrkesprofession har alltför olika arbetstid- och ersättningsnivåer.

Bedömning: Ett permanent införande av pilotad modell bedöms minska förutsättningarna att lyckas upprätthålla en god kompetensförsörjning för barnmorskor på kort sikt och lång sikt. Eftersom piloten gjordes med arbetstids- och ersättningsvillkor som är mer generösa än gällande avtal är det svårt att värdera modellens attraktionsvärde och bärighet om mer avtalstroga arbetstids- och ersättningsvillkor tillämpas.

Finansiering och ersättningsmodeller

Pilotverksamheten har finansierats med projektmedel och intäkter från primärvårdsnämnden för inskrivna från och med graviditetsvecka 20. Ersättningsmodellen där specialistsjukvården får intäkter per inskriven gravid kvinna är speciellt framtaget för projektet och gäller bara under projektiden.

Bedömning: Det saknas vetenskapligt genomförda och jämförande analyser av kostnadseffektivitet för ”Min barnmorska” liknande modeller. Modellen ersätter dock inte befintlig ordinarie verksamhet. Ett permanent införande utifrån pilotverksamhetens struktur och organisation bedöms innebära att finansiering behöver tillföras för att täcka de merkostnader som ett införande skulle innebära. Vid justering av modellen med till exempel fler team, andra schemamodeller eller utökning av målgrupper tillkommer ytterligare merkostnader som skulle behöva finansieras. Utöver finansiella resurser kan det även finnas så kallade absoluta resursbegränsningar[3] eftersom det överskott av utbildade och aktivt förlösande barnmorskor i Region Skåne som krävs för modellens genomförande saknas. Ett konkret symptom på detta är den besvärande höga nivån av övertid och timanställningar hos barnmorskor vid Sus ordinarie förlossningsverksamhet. Därför kan införande av ytterligare en vårdform riskera påverka ordinarie förlossningsverksamhet vad gäller kvalitet, arbetsmiljö, kostnadskontroll och uthållighet.

Handlingsalternativ/övervägande

Svensk hälso- och sjukvård är en förebild när det kommer till jämlik tillgång till god mödra- och förlossningsvård och den håller mycket hög medicinsk kvalitet. Såväl kvalitetsregister som patientenkäter visar att mödra- och förlossningsvården i Skåne på totalen har hög kvalitet och nöjda patienter.

Region Skåne har de senaste åren utökat såväl förlossningsvården som eftervården. Genom resurstillskott har exempelvis Sus infört en amningsstödjande dedikerad barnmorska på varje dagpass och förstärkt bemanningen på BB. Ytterligare exempel på resurstillförsel är BB hemma, som är en del av eftervårdsverksamheten i Malmö och Lund för nyblivna familjer som i stället för vistelse på BB kan få stöd i sin egen hemmiljö. Det finns även flera regionala och lokala initiativ för att främja återhämtning och en god arbetsmiljö samtidigt som god vård behöver kunna erbjudas dygnet runt och alla årets dagar.

Parallellt med en utbyggd förlossnings- och eftervård har antalet anställda inom Verksamhetsområde Obstetrik och gynekologi vid Sus

ökat med 20 % under perioden 2018–2025 och för just fast anställda barnmorskor var ökningen 6%. Under samma period har antalet förlossningar i Sverige minskat med 16 procent, och Skåne har haft en kraftigare nedgång än riket i genomsnitt.

Ställningstagande till ett permanent införande av modellen Min barnmorska behöver göras i ljuset av ovan. En central frågeställning blir därför hur gravidas omhändertagande kan förbättras ytterligare och om den resursåtgång som krävs kan motiveras i förhållande till vad samma resurs hade kunna bidra till i form av andra värden i den skånska vården. Värden som exempelvis kostnadskontroll, tillgänglighet och medicinska resultat.

Min Barnmorska Malmö visar lovande resultat vad gäller patientupplevelse, trygghet och kontinuitet. Modellen är uppskattad av kvinnor och barnmorskor och preliminära data talar för att omhändertagandesättet är säkert. Däremot saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för säkra slutsatser om flera centrala medicinska utfall, vilket även Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) påpekar. [4] Dessutom finns många organisatoriska utmaningar avseende bemanning, arbetstider och kostnader. Pilotprojektet besvarar inte heller hur modellen skulle kunna implementeras i stor skala utan att riskera en ännu mer utmanande bemannings- och kompetensförsörjningssituation i vården för gravida som saknar språkbarriär och förlossningsrädsla.

Frågan är alltså inte bara om modellen fungerar för deltagande kvinnor i pilotprojektet, utan om den kan implementeras i större skala utan att äventyra de goda resultaten inom skånsk förlossningsvård eller förvärpa en i perioder redan ansträngd bemanningssituation som är särskilt påtaglig sommartid.

Mot bakgrund av ovan bedöms det sammanfattningsvis olämpligt att göra den nuvarande organisationen i pilotprojektet till en permanent del av Sus eller breddinföra den i Region Skåne. Istället föreslås att lärdomar från pilotprojektet tas tillvara genom att identifiera hur vård och omhändertagande skulle kunna förbättras inom ramen för den existerande skånska graviditets- och förlossningsvården. Detta utifrån värdefulla insikter och erfarenheter i projektet som kan bidra till en ökad kontinuitet och ett än mer personcentrerat arbetssätt.

[1] Kunskapsunderlag – Nationella riktlinjer 2026 – Graviditet, förlossning och tiden efter, Socialstyrelsen 2026

[2] Västra Götalandsregionen, HTA-centrum, och Region Skåne, HTA Syd. Nyttan och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård. HTA-rapport 2022:S1. 2022. En HTA-rapport är ett kunskapsunderlag som bedömer nytta, risker och konsekvenser av medicinska metoder för att stödja beslut i vården som berör införande av nya metoder eller behandlingar.

[3] Lindgren, P. Breaking the rules: decision-making under absolute resource constraints. Eur J Health Econ 23, 1259–1261 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01520-3>

[4] SBU 2023/527 Samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård (case-load midwifery) avseende flera utfall. Samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård (case-load midwifery) avseende flera utfall
SBU 2026/281 Relationell kontinuitet genom hela vårdkedjan för gravida med behov av utökat stöd. Relationell kontinuitet genom hela vårdkedjan för gravida med behov av utökat stöd

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Projektets merkostnader är finansierat enligt tidigare beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-04-13 §45. Ärendet innebär inga direkta ekonomiska konsekvenser utifrån föreliggande beslutsförslag. Vid ett annat beslut än beslutsförslaget är det nödvändigt att genomföra fördjupade ekonomiska konsekvensanalyser.

Juridisk bedömning

Samråd med regionjuristerna har inte bedömts nödvändig.

Miljökonsekvenser

Ärendet bedöms inte medföra några negativa miljökonsekvenser.

Samverkan med berörda fackliga organisationer

Ingen samverkan/MBL-förhandling har bedömts nödvändig i ärendet.

Uppföljning

Uppföljning av beslutet sker inom ramen för ordinarie uppföljning av sjukhusstyrelsens verksamhet.

Beslutet skickas till:

Maria Berglund
Ordförande

Carolina Samuelsson
Förvaltningschef