

Skånes universitetssjukhus

VO obstetrik och gynekologi

Process Slutrapport Min barnmorska Malmö

Skapad av Cecilia Häggsgård, Christine Rubertsson, Natally Netterby, Egzona Maloku
Sara-Marie Gertsson. Najimeh Amani

Slutrapport projekt Min barnmorska Malmö

Beskrivning av kontinuitetsmodellen Min barnmorska

Standardvården vid graviditet och barnafödande är fragmenterad och uppdelad mellan olika vårdgivare inom primär- och slutenvård. De glapp som ses i standardvården kan överbryggas genom kontinuitetsvård med barnmorska under graviditet, födsel och eftervård och har i svenska och internationella studier visat ge högsta evidens och bästa möjliga hälsoutfall för kvinnor och deras barn¹⁻⁴. För att nå detta rekommenderar Världshälsoorganisationen (WHO) införande och global utökning av kontinuitetsmodeller med barnmorskor och Min barnmorska i Malmö har presenterats som exempel⁵. Socialstyrelsen efterfrågar ytterligare forskning gällande sammanhållen vårdkedja⁶. En beskrivning av svenska kontinuitetsmodeller som utvärderats vetenskapligt finns i Bilaga 1.

Figur 1. Beskrivning av standardvård och vård inom Min barnmorska Malmö

	Standardvård	Min barnmorska Malmö
	- Fragmenterad vård med flera olika vårdgivare/barnmorskor genom vårdkedjan - Kvinnorna behöver återberätta sin medicinska historia och bakgrund upprepade gånger.	- Relationell kontinuitetsvård. Varje kvinna har en ansvarig barnmorska som ingår i ett team av barnmorskor som ger vård från graviditetsvecka 20 till och med 16 veckor efter förlossningen. - Kvinnans medicinska, psykologiska och sociala bakgrund är känd av barnmorskan och teamet.
Mödravård	- Tillgänglighet på kontorstid, måndag–fredag. Telefonsvarare. - Vid förlossningsrädsla: remittering till Team för förlossningsrädsla under graviditeten. - Vid psykisk ohälsa: otydlig organisation. Remittering vid behov. - Inga hembesök	- Tillgänglighet 24/7. Direkttelefon för akuta besvär och förlossning. - Individuellt samtalsstöd genom graviditet, födsel och eftervård samt uppföljning av förlossningserfarenhet och upplevelse. - Individanpassat stöd genom hela vårdkedjan. Remittering vid behov. - Hembesök i graviditetsvecka 35–36 med förlossningsplanering.
Förlossningsvård	- Kontakt med förlossningsavdelningens koordinator via telefon för rådgivning. Inga hembesök - Inläggning på sjukhuset där kvinnan får vård under förlossningen av för kvinnan okända barnmorskor.	- Tillgänglighet 24/7 via telefon för rådgivning, förlossningsstöd. - Möjlighet till latensfasvård i hemmet för förstföderskor - Min barnmorska möter upp på förlossningsavdelningen och ger kontinuerligt stöd (one-to-one care) under hela förlossningen och tre timmar efter födseln.
Eftervård	- Tre nivåer av BB-vård: specialist-BB, Familje-BB eller BB-hemma. Vård ges av flera för kvinnan okända barnmorskor eller sjuksköterskor. - Vid allvarliga bristningar: Uppföljning av bristningsmottagning - Vid amningsproblem: Uppföljning på amningsmottagning - Återbesök på barnmorskemottagning 6–12 veckor efter förlossningen	- BB-vård hemma med Min barnmorska eller på sjukhus efter behov. - Vid vård på sjukhus bibehålls kontinuitet genom dagliga uppföljningar avseende förlossningserfarenhet och upplevelse, amningsstöd, fysiologisk omställning och föräldrabilivande - Återbesök hos Min barnmorska 6–12 veckor efter förlossningen.

Bakgrund

Under 2024 - 2026 har vårdmodellen Min barnmorska designats och genomförts för tre målgrupper (gravida med förlossningsrädsla, uttalad oro och ångest eller språkbarriär) och utvärderas i samarbete med Lunds universitet. Forskningsprojektet är pågående och två doktorander genomför sin forskarutbildning inom projektet. De resultat som redovisas i denna rapport är preliminära.

Föreliggande rapport är en slutrapport som beskriver genomförande, utfall och erfarenheter av Min barnmorska Malmö.

Syfte

Att i pilotform testa vårdformen ”sammanhållen och teambaserad vårdkedja genom förlossningsvården”, Min barnmorska Malmö

Mål

Att utvärdera projektet ur patientperspektiv, medarbetarperspektiv samt ekonomiska kostnader och rutiner som underlag för ställningstagande till en eventuell implementering av vårdmodellen för hela regionen efter projektiden.

Resultat

Remissinflöde

Under tiden augusti 2024 till juli 2026 kom 428 remisser in till Min barnmorska. Remisserna fördelade sig mellan privat barnmorskemottagning (44 %), offentlig barnmorskemottagning (14 %), Egen vårdbegäran i 1177 (29 %), Interna remisser (12 %) och övriga (Flyktinghälsan, migrationsverket, kvinnojourer) (1 %). Inom mödravården i Malmö följs 30% av de gravida via en offentlig barnmorskemottagning och 70% via privat mottagning och det speglas i remissinflödet.

Målgrupperna har fördelats enligt följande: förlossningsrädsla (45 %), både förlossningsrädsla och uttalad ångest/oro (32 %), uttalad ångest/oro (17 %), språkbarriär (4 %), språkbarriär och förlossningsrädsla (2 %).

Medicinska utfall

Totalt har 279 kvinnor fött barn inom projektet (Tabell 1). För att analysera medicinska utfall och om vårdmodellen med barnmorskekontinuitet ger påverkan på medicinska resultat behövs jämförelser mellan grupper. Kvinnorna i Min barnmorska är hittills en liten grupp, som till mycket stor del består av kvinnor med förlossningsrädsla och/eller uttalad oro eller ångest. Kvinnor med dessa riskfaktorer har en ökad risk för komplikationer under förlossning såsom högre frekvens av kejsarsnitt och stor blödning. När jämförelser ska göras bör därför inte den stora gruppen kvinnor som föder barn i Malmö användas som jämförelse. En grupp kvinnor som kan vara mer jämförbar med de i Min barnmorska, är kvinnor med förlossningsrädsla som fått vård inom klinikens Team för förlossningsrädsla (TFF).

Forskargruppen vid Lunds universitet samlar in ytterligare data som möjliggör mer precisa statistiska analyser genom att inkludera variabler såsom kvinnans eget önskemål om kejsarsnitt, tidigare sjukdomar, psykisk ohälsa och utbildningsnivå.

Tabell 1. Bakgrund och förlossningsutfall i Min barnmorska, Team för förlossningsrådsla och alla kvinnor i Malmö 1 november 2024 – 31 juli 2026

	Min barnmorska antal (%)	TFF antal (%)	Alla kvinnor Malmö antal (%)
Antal förlossningar	279	667	8191
Förstföderska	151 (54,1)	224 (33,8)	3901 (47,6)
Omföderska	128 (45,9)	439 (66,2)	4290 (52,4)
Omföderska med tidigare kejsarsnitt	32 (11,6)	213 (32,1)	888 (10,8)
Vaginal förlossning	206 (73,9)	348 (52,2)	6557 (80,1)
Kejsarsnitt	73 (26,2)	319 (47,8)	1634 (19,9)
Planerat	45 (16,1)	232 (34,8)	644 (7,9)
Akut	28 (10,0)	87 (13,0)	990 (12,1)
Prematur förlossning före vecka 37+0	13 (4,7)	32 (4,8)	490 (6,0)
Förstföderskor			
Induktion (igångsättning)	46 (30,5)	69 (30,8)	1485 (38,1)
Normal vaginal förlossning	83 (55,0)	98 (43,8)	2592 (66,4)
Sugklocka	23 (15,2)	19 (8,5)	440 (11,3)
Kejsarsnitt	45 (29,8)	107 (47,8)	869 (22,3)
Planerat	27 (17,9)	73 (32,6)	229 (5,9)
Akut	18 (11,9)	34 (15,2)	640 (16,4)
Blödning ≥ 1000 ml vid vaginal förlossning	9 (8,3)	14 (10,4)	197 (6,9)
Blödning ≥ 1000 ml vid Kejsarsnitt	9 (20,0)	6 (6,6)	104 (13,3)
Omföderskor			
Induktion (igångsättning)	30 (23,4)	121 (27,6)	1112 (25,9)
Normal vaginal förlossning	96 (75,0)	208 (47,4)	3443 (80,3)
Sugklocka	4 (3,1)	21 (4,8)	82 (1,9)
Kejsarsnitt	28 (21,9)	210 (47,8)	765 (17,8)
Planerat	18 (14,1)	158 (36,0)	415 (9,7)
Akut	10 (7,8)	52 (11,8)	350 (8,2)
Blödning ≥ 1000 ml vid vaginal förlossning	9 (7,4)	29 (12,1)	141 (4,2)
Blödning ≥ 1000 ml vid Kejsarsnitt	6 (21,4)	14 (8,6)	74 (10,7)

Data för Min barnmorska och TFF har tagits ut från klinikens journalsystem Obstetrix. Data för alla kvinnor som fött barn i Malmö är hämtad från Graviditetsregistret.

Kommentar medicinska utfall

Att fler kvinnor får möjlighet att föda vaginalt i Min barnmorska jämfört med Teamet för förlossningsrådsla innebär hälsovinster för både kvinnorna och barnen eftersom kejsarsnitt medför längre vårdtider, infektionsrisk och omställningssvårigheter för barnen. En högre andel förstföderskor ses i Min barnmorska vilket ger möjlighet för fler att få en positiv vaginal förlossning som i sin tur påverkar både den reproduktiva- och allmänna hälsan samt framtida reproduktiva val. Fler kvinnor startar också sin förlossning på egen hand (utan läkemedel och igångsättning) vilket kan påverka vårdtiden gynnsamt.

Kontinuitet i vårdkedjan

När kvinnorna kom in till förlossningen för att föda var det 85 % som fick vård av Min barnmorska (sommарperioden undantagen). Vid framfödandet av barnet var det 80 % som fick vård av Min barnmorska. Samtliga kvinnor (100 %) fick kontinuitetsvård med Min barnmorska under eftervården, antingen genom eftervårdsbesök i hemmet, telefonsamtal eller genom uppföljning på BB-avdelningen.

Under sommarperioderna 2025 och 2026 var motsvarande siffror 59 % respektive 41 %. Samtliga kvinnor fick kontinuitetsvård i eftervården även under sommarperioden.

Orsaker till att inte ha fått stöd av Min barnmorska under förlossningsvården har utöver sommarbemanningen varit antingen sjukfrånvaro, att kvinnan fött så snabbt efter ankomst till förlossningsavdelningen att Min barnmorska inte hunnit fram eller att flera kvinnor fött samtidigt.

Kvinnors erfarenheter och upplevelser

Tre intervjustudier med 25 kvinnor har genomförts vid Lunds universitet med syfte att undersöka kvinnors erfarenheter och upplevelser av att få kontinuitetsvård, upplevelser av utebliven kontinuitet vid förlossning samt vård i hemmet. Nedan presenteras preliminära resultat.

Kontinuitet med barnmorska och den ökade tillgängligheten innebar känslor av trygghet och lugn. Kvinnan och barnmorskorna skapade en långsiktig relation som beskrevs som tillitsfull och personlig. De trygga relationerna möjliggjorde minskade känslor av utsatthet och gjorde det lättare att dela svåra erfarenheter i livet, behov och önskemål. I födandet beskrev kvinnorna att den kontinuerliga närvaron innebar ett ovärderligt stöd som underlättade födandet, skapade trygghet och möjliggjorde fullt fokus på barnet och att bli mamma.

När kontinuiteten uteblev under förlossningen beskrev kvinnorna känslor av otrygghet och besvikelse. Stödet under förlossningen upplevdes otillräckligt och den egna historien och behov behövde upprepas för flera olika vårdgivare. Samtidigt framhöll flera kvinnor att den trygghet som byggts upp under graviditeten fanns med under förlossningen och att sedan få kontinuitetsvård och stöd igen under eftervården i Min barnmorska var värdefullt.

Att få vård av barnmorska i sitt eget hem hade stort värde för kvinnorna. Genom att barnmorskan redan under graviditeten fick möjlighet att ta del av kvinnans hemmiljö upplevdes hon ha bättre förståelse för kvinnans livssituation och individuella behov. Kvinnor upplevde att det var lättare att dela sina känslor och rädslor och beskriva sina behov och önskemål i sin egen trygga hemmiljö. Eftervård i hemmet med uppföljning möjliggjorde ökad delaktighet, individualiserat amningsstöd och att partnern blev mer involverad.

Sammantaget visar resultaten att den tillitsfulla relationen med barnmorskan är avgörande för kvinnors upplevelse av trygghet. För kvinnor med förlossningsrädsla och psykisk ohälsa bidrar kontinuiteten till minskad rädsla och stress. När övergång till standardvård krävdes på grund av brist på personal beskrevs skillnaden som skarp och med negativ påverkan.

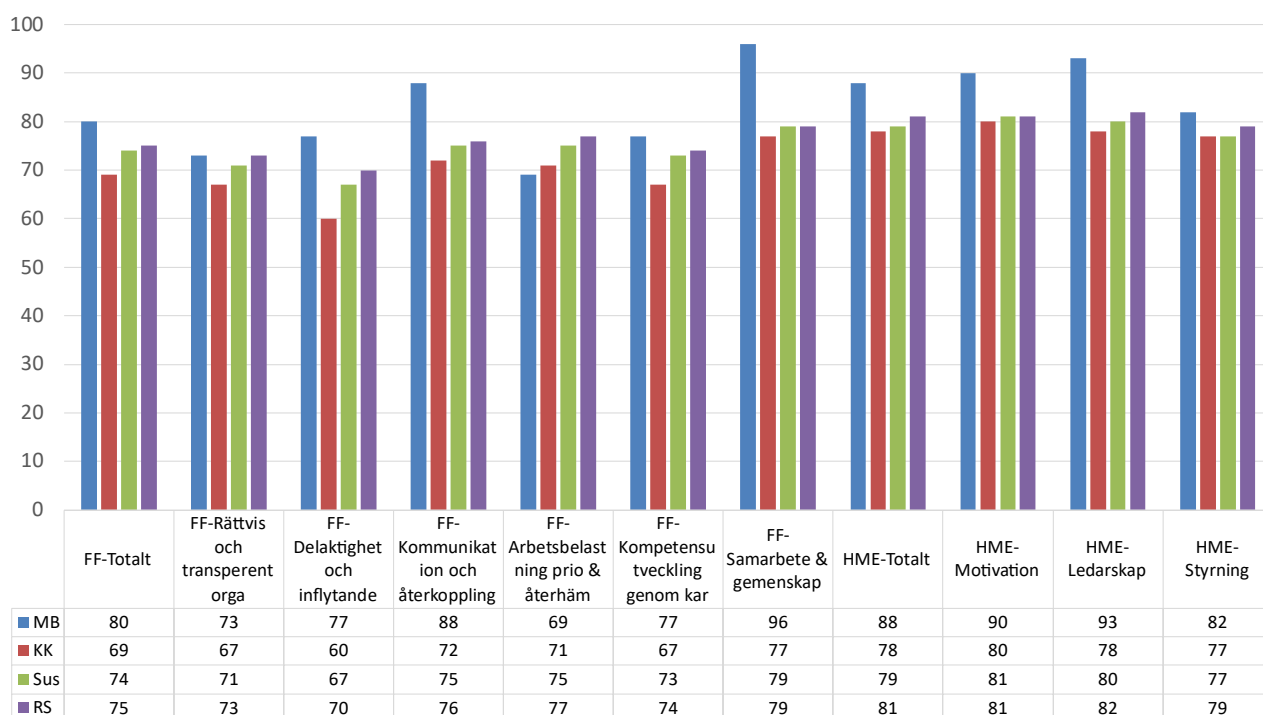
Insikter från projektet

- Fördelar med att vårda kvinnor i en kontinuitetsmodell med ett litet barnmorsketeam har visats vara; goda medicinska utfall, ökad trygghet och tillgänglighet samt personcentrerad vård och utökade möjligheter till vård i hemmet. Det krävs ett större material, fortsatt insamling av data och fördjupad analys för att kunna dra säkra statistiska slutsatser vad gäller amningsförekomst, prematur födsel och behov av neonatalvård.
- Barnmorskorna skattar högt avseende arbetstillfredsställelse, inflytande, delaktighet, samarbete och gemenskap.
- Att bygga upp modellen krävde ca 6 månaders planering samt rekrytering av barnmorskor och ytterligare 18 månader att komma upp i full kapacitet.
- För att tillgodose behovet hos målgrupperna har samarbete med bland annat socialtjänst, föräldrastödjare, spädbarnsteam, Victoriagården och kvinnojourer etablerats och varit värdefullt.
- För att uppnå kontinuitetsmodellens mål med känd barnmorska bör ett team bestå av 4-5 barnmorskor.
- Maxkapaciteten per barnmorska med nuvarande målgrupp bedöms vara 30 kvinnor per barnmorska motsvarande 120-150 kvinnor per team.
- Tio barnmorskor (5 barnmorskor//2 team) som arbetar heltid bedöms inte vara ett tillräckligt antal för att kunna ha bemanning dygnets alla timmar under hela året (även sommarperioden).
- Antalet barnmorskor och team i modellen behöver dimensioneras efter andelen kvinnor som ska ges möjlighet till kontinuitetsvård. Att erbjuda kontinuitetvård till 10 % av kvinnorna i Malmö skulle kräva 16 barnmorskor om de arbetar enligt nuvarande schemamodell.
- Bristande tillgänglighet till Min barnmorska under förlossning, har visat sig ge särskilt negativa konsekvenser för kvinnorna men kan och bör undvikas med fullgod bemanning.
- Projektets erfarenheter kan ligga till grund för utformningen av ett hållbart arbetstidsavtal med hänsyn till grad av kontinuitet, kontinuerligt stöd under förlossning, arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse.
- Inskrivning i mödravård behöver kunna erbjudas från graviditetens början. Vid senare inskrivning krävs dubbla inskrivningsbesök och hälsosamtal vilket inte är resurseffektivt och försvårar relationsskapande och kontinuitet.
- Projektet har inte lyckats nå kvinnor med språkbarriärer i önskad utsträckning.

Arbetsmiljö

Medarbetarenkäten 2026 visar att barnmorskorna skattar högre än jämförelsegrupperna inom VO obstetrik och gynekologi, Sus och Region Skåne på parametrar såsom delaktighet, samarbete och gemenskap (Figur 2). Det som upplevs utmanande är arbetsbelastningen. Medarbetarenkäten visar låga värden kopplade till att man tar sina raster och pauser.

Figur 2. Medarbetarenkäten 2026



■ Min barnmorska ■ VO obstetrik och gynekologi ■ Sus ■ Region Skåne

FF = Friskfaktorer
HME = Hållbart medarbetarengagemang

Inledningsvis hade Min Barnmorska en hög personalomsättning, detta har under det senaste året stabiliserat sig. Anledningen bedöms vara dels att medarbetarna har hittat sin roll i den nya vårdformen samt att projektet har blivit bättre på att bedöma vilken kompetens och egenskap som behövs vid rekrytering.

I Min barnmorska arbetar samtliga barnmorskor 100 %. Utöver arbetstiden har barnmorskorna 33 timmar beredskapstid på 8 veckor av vilken de haft aktiv arbetstid ca 45 % av tiden.

Organisatoriska aspekter

Antalet förlossningar i Min Barnmorska har uppgått till cirka 5,3 % av det totala antalet förlossningar på Sus Malmö.

Att bedriva basprogram för graviditet och eftervård⁷ som ingår i Min Barnmorska, innebär en utökning av specialistsjukvårdens uppdrag. Det Min Barnmorska tillhandahåller, utöver verksamhetsområdets ordinarie vård under graviditet, förlossning och eftervård är: A) basprogram under graviditet och eftervård, B) hembesök under graviditet och latensfas, C) dedikerad och känd barnmorska under förlossning, D) uppföljning av känd barnmorska vid vård på BB avdelning eller BB familj och E) BB Hemma i egen regi. Min barnmorska är därmed ett komplement till ordinarie vård.

Under projekttiden har Min Barnmorska organisatoriskt utgjort en självständig enhet inom verksamhetsområdet med en egen enhetschef. Medarbetarna har haft en särskild arbetstidsmodell med beredskap i hemmet. Verksamheten har lokalmässigt befunnit sig i provisoriska lokaler respektive i andra enheters mottagningsrum. Totalt 50 % av de som rekryterats till Min Barnmorska har rekryterats externt.

Finansiering och kostnader

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.

Min Barnmorska utgör ett komplement till standardvården men ersätter inte befintlig ordinarie verksamhet och innebär därför ekonomiskt merkostnader för verksamhetsområdet.

Merkostnaderna utgörs till största delen av personalkostnaden för barnmorskor inklusive mertid och övertid. Merkostnaderna utgörs också av kostnader för utökade läkarresurser (mödravård), utrustning, material och lokaler. Övrig vård inom modellen (som inkluderar specialistmödravård, förlossning och BB-vård) finansieras av verksamhetsområdet via ordinarie anslag.

De faktiska kostnaderna för 2025 och uppskattade kostnader för permanent verksamhet presenteras i tabell nedan. De faktiska kostnaderna för 2025 beräknas på 8 anställda barnmorskor och 187 inskrivna kvinnor. Merkostnaderna per patient, KPP; har uppgått till 43 tkr, utöver ordinarie kostnad verksamheten har för förlossning.

De årliga kostnaderna för en permanentning på Sus Malmö (Sus Lund är inte inkluderat) och som verksamhetsområdet behöver tillskott av medel för, uppgår till ca 13 mkr med ett KPP på 43 tkr. Kostnaden baseras på nuvarande förutsättningar avseende bemanning (5 barnmorskor, 2 team, maximalt 300 kvinnor), schemamodell och avgränsningar.

Vid justering av modellen med till exempel fler team, andra schemamodeller eller utökning av målgrupper tillkommer ytterligare merkostnader som behöver finansieras.

För att få kunskap om kostnader på längre sikt behövs hälsoekonomisk analys genomföras. Exempel på långsiktiga kostnadsbesparingar kan vara minskat behov av kejsarsnitt, ökad amningsförekomst vilket minskar förekomsten av nyföddhetsgulsot och behov av neonatal vård efter förlossningen samt vårdinsatser vid nästkommande graviditet.

		Faktiska kostnader 2025 (8)	Uppskattade kostnader vid införande (10)
Direkta kostnader			
	Personalkostnader	7 536 066	9 420 083
	varav Timlöner	45 625	57 031
	varav Övertidersättning	511 137	638 921
	varav OB-ersättning	327 855	409 819
	Övriga kostnader	317 934	1 897 418
	varav Hyror	152 676	1 500 000
Indirekta kostnader			
	Läkarpersonal	164 093	328 186
	Administration	34 943	675 000
	OverHead		616 035
	Summa kostnader	8 053 036	12 936 721
	Antal inskrivningar	187	300
	KPP	43 064	43 122

Framtidsutsikter Min Barnmorska Malmö

Pilotverksamheten visar på positiva resultat för både patienter och barnmorskor.

Erfarenheterna från projektet pekar på ett antal förutsättningar som är väsentliga inför en eventuell permanentning av modellen Min Barnmorska på Sus i Malmö och övergång till ordinarie verksamhet.

Vid en övergång är det nödvändigt med en organisatorisk anpassning av verksamheten och integrering i ordinarie förlossnings- och eftervård. En organisatorisk anpassning syftar bland annat till att se över ledning och styrning, skapa förutsättningar att optimera schemaläggning och att bättre kunna använda de sammantagna barnmorskeresurserna inom verksamhetsområdet.

Vid permanentning av verksamheten är det nödvändigt att hitta en annan lösning på schemaläggningen än den nuvarande då den inte är förenlig med gällande avtal. En förändring av schemamodellen är nödvändig också ur arbetsmiljö- och hållbarhetsperspektiv samt ur ett kostnadsperspektiv eftersom nuvarande schemamodell genererar mycket övertid. Det förslag som utvärderas är att ta bort beredskapen och ersätta med schemalagd arbetstid.

Samtidigt som målgrupperna bedöms vara adekvata bedöms det nödvändigt att initialt fortsätta ha nuvarande geografiska avgränsning. Om den geografiska avgränsningen avskaffas uppstår konsekvenser i form av restider för medarbetarna och behov av tillgång till bil för hembesöksverksamhet. Detta påverkar i sin tur tillgängligheten till Min Barnmorska, behovet av barnmorskeresurser samt ger ökade kostnader för verksamheten.

Permanentning av Min Barnmorska fodrar att det finns tillgång till lokaler för verksamheten. Det finns olika alternativ att lösa detta; att nya lokaler införskaffas inom eller utanför

sjukhusområdet eller att samlokalisera Min Barnmorska med en eller flera barnmorskemottagningar. Vilka lokaler som Min Barnmorska får tillgång till kommer ha betydelse för modellen. Om verksamheten ska bedrivas på annan plats än i ”KK-huset” kommer detta att påverka modellens nuvarande utformning.

Inför permanentning behöver verksamhetsområdet ekonomiska förutsättningar att driva verksamheten genom tillskott av medel motsvarande verksamhetsområdets merkostnader för att tillhandahålla kontinuitetsvård i Min Barnmorska. Vidare behöver det fattas beslut om ersättningsmodellen som funnits under projektiden ska kvarstå. Om beslut fattas om att behålla nuvarande ersättningsmodell föreslås att kvinnan kan skrivas in direkt i Min Barnmorska och därmed att ersättningen ska kunna utgå redan från inskrivningsbesöket.

Framtidsutsikter i ett regionalt perspektiv

Kontinuitetsmodeller erbjuder en trygg, sammanhållen och personcentrerad vård. Modellen efterfrågas av kvinnor och familjer, av barnmorskeprofessionen och beslutsfattare.

Vid ett införande av kontinuitetsmodeller är det viktigt att de organisatoriska, ekonomiska och etiska aspekterna av införande av modellen beaktas⁸. Ett pågående forskningsprojekt vid Umeå universitet undersöker faktorer som påverkar möjligheten att införa barnmorskeledda kontinuitetsmodeller i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Resultat visar att det är essentiellt med en stödjande organisation som erkänner modellens fördelar, erbjuder hållbara arbetsvillkor för barnmorskor och involverar dem i utformningen av modellen samt hanterar organisatoriska utmaningar för att modellen ska bli hållbar⁹.

De aspekter som behöver beaktas i ett regionalt införande kan sammanfattas i:

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

Förutsättningen för pilotverksamheten har varit att Min Barnmorska organiseras inom specialistsjukvården, vilket innebär en utökning av specialistsjukvårdens nuvarande uppdrag. Vid ett regionalt införande är det av vikt att belysa konsekvenserna av denna organisering i relation till om huvudmannaskapet skulle ligga inom primärvården.

Det är av avgörande betydelse om det fattas beslut om att Min Barnmorska ska erbjudas en särskild målgrupp av gravida alternativt om samtliga gravida ska erbjudas att ta del av vårdformen. En uppskalning av modellen för att inkludera fler kvinnor förutsätter att hela team tillskapas. Med fler team behöver en större anpassning göras av klinikernas nuvarande ordinarie verksamhet och organisation.

Vid ett regionalt införande är det av stor betydelse för de enskilda förlossningsklinikerna om det finns geografiska avgränsningar. Att bibehålla en geografisk avgränsning där gravida inte erbjuds Min Barnmorska beroende på var de är bosatta bär med sig frågeställningen om jämlik vård. En större geografisk spridning får istället en påverkan på modellens utformning.

Vid införande av modellen behöver frågor om arbetstider och schemamodeller som är förenliga med gällande avtal lösas.

Gällande kompetensförsörjning finns det risk att en betydande del av de som rekryteras kommer från regionens egna förlossningsavdelningar, där det redan råder barnmorskebrist. En viktig aspekt är därför vid ett regionalt införande att titta på en organisering som i större utsträckning kan avlasta förlossningsavdelningarna.

Varje förlossningsklinik och verksamhetsområde har sin specifika kontext och lokala förutsättningar. Antalet förlossningar, patientunderlaget för definierad målgrupp, om de födande i huvudsak bor i större stad eller på landsbygd tillsammans med hur verksamheten är organiserad, lokaltillgång m.m. har betydelse för vad som är optimalt för den enskilda kliniken vid ett införande av vårdmodellen Min Barnmorska. Viktigt i ett eventuellt regionalt införande är att varje förlossningsklinik har möjlighet att utforma modellen.

Referenser

1. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2024; 4(4): Cd004667.
2. Lundborg L, Åberg K, Liu X, et al. Midwifery Continuity of Care During Pregnancy, Birth, and the Postpartum Period: A Matched Cohort Study. *Birth* 2025; 52(1): 146-56.
3. Shahshahani, M. A., Liu, X., Norman, M., Tilden, E. L., & Ahlberg, M. (2024). Midwifery continuity of care, breastfeeding and neonatal hyperbilirubinemia: A retrospective cohort study. *Midwifery*, 136, 104079.
4. Shahshahani, M. A., Lundborg, L., Rubertsson, C., Wells, M. B., & Ahlberg, M. (2026). The effect of Midwifery continuity of care on maternal outcomes among women with psychosocial risk factors in Sweden: A registry-based cohort study. *Women and Birth*, 39(4), 102254.
5. World Health Organization (WHO). Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care., 2025.
6. 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.pdf>2025.
7. Region Skåne. (2024). Basprogram för graviditet och eftervård. Vårdgivare Skåne. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/basprogram-for-graviditet-och-eftervard2.pdf>
8. Västra Götalandsregionen, HTA-centrum, och Region Skåne, HTA Syd. Nyttan och risker med caseload midwifery: samma barnmorsketeam genom graviditet, förlossning och eftervård. HTA-rapport 2022:S1. 2022.

9. Sandén, J., Lindqvist, M., Hildingsson, I., Johansson, M., & Holmlund, S. (2025). Balancing midwifery values with rural reality: Swedish midwives' views of midwifery continuity of care—a qualitative study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 45, 101132.

Bilaga 1. Beskrivning av tidigare vetenskaplig utvärdering av kontinuitetsmodeller i Sverige.

En forskargrupp vid Lunds universitet har gjort en kartläggning av de vårdmodeller med barnmorskekontinuitet som utvärderats i Sverige och identifierat sju olika modeller som varit permanenta eller pågått i projektform.

Sammantaget visade resultaten från studierna att kvinnor som ingått i vårdmodeller med barnmorskekontinuitet rapporterade högre tillfredsställelse med vården jämfört med kvinnor som fått standardvård^{1,2}. Vidare rapporterades mer positiva förlossningsupplevelser och bättre stöd under förlossningen om barnmorskan var känd för kvinnan³⁻⁵. Två studier visade att kontinuitet i vården minskade kvinnors förlossningsrädsla^{6,7}. Forskningsresultat från Min barnmorska på Karolinska sjukhuset visade en minskad andel igångsättningar och kejsarsnitt samt minskad användning av värkstimulerande dropp och klipp i mellangården, lägre risk för prematur födsel, kortare vårdtid på sjukhus, högre amningsförekomst och färre barn som utvecklade nyföddhetsgulsot^{8,9,10}.

Birth center

Den första Svenska kontinuitetsmodellen startade på Södersjukhuset i Stockholm 1989 och utgjordes av en fristående förlossningsenhet, Alternative Birth Centre (ABC), som var belägen en våning under sjukhusets förlossningsavdelning. Modellen bestod av ett team med tio barnmorskor som årligen gav vård till cirka 350 kvinnor under graviditet, förlossning och eftervård. Modellen tog emot friska kvinnor med okomplicerade graviditeter och 90 % av kvinnorna som ingick i modellen fick stöd av en känd barnmorska under förlossningen¹¹.

År 2004 gjordes modellen om till en modifierad ABC-enhet. Vården fortsatte att ges av ett team av barnmorskor genom graviditet, förlossning och eftervård, men anpassades mer till ordinarie förlossningsvård. Utvärderingar av den modifierade ABC-modellen visade minskad förekomst av medicinska interventioner och komplikationer hos både kvinnor och barn, samt högre grad av positiva upplevelser och tillfredsställelse med vården^{12,13}. Modellen lades ner 2016.

Tidsbegränsade projekt

Två projektbaserade modeller för barnmorskekontinuitet i Sverige utvecklades specifikt för glesbygdsområden och riktade sig till kvinnor med långa avstånd till sjukhus^{14,15}. En av modellerna, *Barnmorska hela vägen*, implementerades i Västernorrland under 2017-2019 och riktade sig främst till unga kvinnor, förstföderskor och kvinnor med förlossningsrädsla¹⁴. Graviditetsvården utgick från en barnmorskemottagning i Sollefteå medan förlossningarna ägde rum på två olika förlossningsavdelningar belägna 100–120 km från mottagningen. Modellen initierades efter att förlossningsavdelningen i Sollefteå hade lagts ned. Fyra barnmorskor arbetade i modellen med graviditetsvård och jourverksamhet dagtid

Den andra projektbaserade modellen för kvinnor i glesbygd, *Din barnmorska*, pågick i Dalarna mellan 2022 och 2024¹⁵. Modellen erbjöds som en digital hybridmodell där kvinnor fick digital rådgivning av barnmorskor inom kontinuitetsmodellen som komplement till

ordinarie graviditetsvård. Fyra barnmorskor arbetade i projektet och erbjöd kontinuitet genom graviditet, förlossning och eftervård.

Ytterligare två mindre forskningsprojekt genomfördes 2016-2017 i Uppsala och Stockholm som erbjöd kontinuitet till kvinnor som fått stödsamtal för förlossningsrädsla. Projekten innebar att barnmorskor kvinnorna träffat under graviditeten, också var med vid deras förlossningar^{7,16}.

Gemensamt för de tidsbegränsade mindre projekten var att en låg andel kvinnor (30-35%) erhöll vård från en kontinuitetsbarnmorska vid förlossningen. Detta tros bero på att få barnmorskor anställdes i projekten därmed var det inte möjligt att erbjuda tillgänglighet dygnet runt hela året.

Min barnmorska Karolinska

På Karolinska sjukhuset i Huddinge introducerades Min barnmorska som ett projekt 2018. Modellen startade med två team bestående av tre barnmorskor vardera och utökades successivt till fyra team med fyra barnmorskor i varje team, totalt 16 barnmorskor. Idag är vårdmodellen permanent och erbjuder kontinuitet genom graviditet, förlossning och eftervård med tillgänglighet dygnet runt. Varje barnmorska ansvarar för cirka 30 kvinnor per år och andelen kvinnor som hade en kontinuitetsbarnmorska vid födseln har rapporterats till 83 %¹⁷.

Referenser

1. Tingstig C, Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. *Birth* 2012; **39**(2): 106-14.
2. Waldenström U, Nilsson CA. Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. *Birth* 1993; **20**(1): 3-13.
3. Waldenström U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care: a randomized controlled study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 1994; **73**(7): 547-54.
4. Hildingsson I, Karlström A, Larsson B. Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth* 2021; **34**(3): e255-e61.
5. Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Larsson B. Quality of intrapartum care assessed by women participating in a midwifery model of continuity of care. *European journal of midwifery* 2021; **5**: 11.
6. Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Haines H. Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women and Birth* 2019; **32**(1): 58-63.
7. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & reproductive healthcare* 2018; **16**: 50-5.
8. Lundborg L, Åberg K, Liu X, et al. Midwifery Continuity of Care During Pregnancy, Birth, and the Postpartum Period: A Matched Cohort Study. *Birth* 2025; **52**(1): 146-56.

9. Shahshahani MA, Liu X, Norman M, Tilden EL, Ahlberg M. Midwifery continuity of care, breastfeeding and neonatal hyperbilirubinemia: A retrospective cohort study. *Midwifery* 2024; **136**: 104079.
10. Shahshahani, M. A., Lundborg, L., Rubertsson, C., Wells, M. B., & Ahlberg, M. (2026). The effect of Midwifery continuity of care on maternal outcomes among women with psychosocial risk factors in Sweden: A registry-based cohort study. *Women and Birth*, 39(4), 102254.
11. Waldenström U, Nilsson CA. A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth* 1997; 24(1): 17-26.
12. Tingstig C, Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. *Birth* 2012; 39(2): 106-14.
13. Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Grunewald C. In-hospital birth center with the same medical guidelines as standard care: a comparative study of obstetric interventions and outcomes. *Birth* 2011; 38(2): 120-8.
14. Hildingsson I, Karlström A, Larsson B. A continuity of care project with two on-call schedules: Findings from a rural area in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2020; 26: 100551.
15. Nääs KL, Johansson M, Wiklund I, Hildingsson I. Women's experiences of participating in a digital continuity of care model designed for fear of birth in a rural setting. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2025; **44**: 101081.
16. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth-birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2019; **21**: 33-8.
17. Ahlberg M, Ekborn M. *Slutrapport Min Barnmorska*. Available from: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2023/02/Slutrapport-Min-Barnmorska-FINAL.pdf>