

**Tillstånd:** Gravida med behov av utökat stöd

**Åtgärd:** Samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan

### *Beskrivning av tillståndet och åtgärden*

**Tillståndet:** Gravida med utökat stöd innefattar bland annat gravida där språk- och kulturbarriär föreligger, samt gravida med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa, substansbruk, negativ/traumatisk förlossningsupplevelse, primär förlossningsrädsla, sekundär förlossningsrädsla, ohälsosamma levnadsvanor (t.ex. nikotinbruk), obesitas, komplicerade graviditeter (somatiska sjukdomar) eller psykosocial utsatthet.

**Åtgärden:** Vårdformen som kallas caseload midwifery innebär att samma barnmorske-team sköter hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård.

### *Slutsatser om åtgärden*

#### **Foster/Barn**

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell, för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- amning,
- förtidsbörd (graviditetslängd).

Det saknas studier för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- perinatal mortalitet,
- morbiditet,
- APGAR,
- överföring till intensivvårdsavdelning.

#### **Gravid/moder**

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell, för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- instrumentell förlossning,
- kejsarsnitt,
- postpartum depression.

Det saknas studier för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- mortalitet,

- intensivvård,
- smärtlindring,
- induktion,
- antal akuta vårdbesök,
- nöjdhet,
- upplevelser hos modern.

#### Kommentar

Populationerna som studerats i de två identifierade studierna hade diabetes (gravitetsdiabetes, typ I och II) respektive en sjukhistoria av svår depression.

#### *Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?*

- Åtgärden innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.
- Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.
- [Här beskriver du eventuella biverkningar som redovisas i studierna eller som är kända sedan tidigare, t.ex. från FASS eller Läkemedelsverket.]

#### *Vilka studier ingår i granskningen?*

Underlaget har haft en ansats att ta fram studier med kvantitativ eller kvalitativ metodik. För den kvantitativa delen (effekterstudier med utfall på kvinna och barn) utgick underlaget från en välgjord HTA-rapport från Västra Götalandsregionen [1]. Den HTA rapporten innefattar även gravida som inte är i behov av utökad stöd, men två av rapportens inkluderade studier var relevanta för detta underlag. Vid en uppdatering av HTA-rapportens litteratursökning identifierades ingen ny relevant studie.

I underlaget ingår således två RCT studier från Nya Zeeland [2] respektive Storbritannien [3]. Den ena studien har studerat gravida med diabetes (gravitetsdiabetes, typ I och II) [2] och den andra studerade gravida med tidigare svår depression [3].

För den kvalitativa delen (upplevelser hos kvinnan) utfördes en litteratursökning specifikt för denna studieform. Dock var det ingen studie som var relevant för detta underlags frågeställning där både intervention och kontrollbehandling ska vara studerade. Samtliga studier som har exkluderats efter fulltextgranskning redovisas i Tabellerna 1–3 nedan.

#### Lästips:

Två retrospektiva observationsstudier [4] [5].

#### *Hälsoekonomisk bedömning*

Se separat dokument för hälsoekonomi.

### Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (sedvanlig rutin)	Interventionsgrupp (case load midwifery)			
A –Amning	122/138	123/134	272 (1 studie) [2]	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet <sup>1</sup> -1 risk för bias <sup>3</sup>
B –Förtidsbörd, graviditetsvecka	Graviditetsvecka: 38.1±1.4, n=138	Graviditetsvecka: 38.1±1.4, n=134	272 (1 studie) [2]	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet <sup>1</sup> -1 risk för bias <sup>4</sup>
C- Instrumentell förlossning	15/138	20/134	272 (1 studie) [2]	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet <sup>2</sup> -1 risk för bias <sup>4</sup>
D- Kejsarsnitt (total och akuta)	49/138 38 akuta och 11 planerade	47/134 40 akuta och 7 planerade	272 (1 studie) [2]	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet <sup>1</sup> -1 risk för bias <sup>4</sup>
E- Postpartum depression	10/43	10/44	87 (1 studie) [3]	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet <sup>2</sup> -1 risk för bias <sup>3</sup>
F- Föräldranöjdhet/trygghet	Hela förloppet 103/127	Hela förloppet 111/126	253 (1 studie) [2]	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet <sup>1</sup> -1 risk för bias <sup>3</sup>

<sup>1</sup>En studie med få deltagare, <sup>2</sup> En studie med få händelser och få deltagare, <sup>3</sup> Inte blindad, inte opartisk bedömning, oklart om blivande gruppstillhörighet kunde förutses, inget studieprotokoll, <sup>4</sup>Oklart om blivande gruppstillhörighet kunde förutses, inget studieprotokoll.

## Översikt av inkluderade studier

Författare År Referens Studiedesign Land Risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i intervention (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A: Amning	Utfall B: Förtidsbörd	Utfall C: Instrumentell förlossning	Utfall D: Kejsarsnitt (total och akuta)	Utfall E: Postpartum-depression	Utfall F: Föräldranöjdhet/trygghet	Övrigt
Marks et al. 2003 [3] RCT Storbritannien Måttlig risk för bias	87 gravida med anamnes av depression	I: Case load (ett team, 6 barnmorskor) K: Sedvanlig rutin					I: 10/44 C: 10/43		Risk för bias: Inte blindad Inte opartisk bedömning blivande grupptillhörighet kunde förutses Inget studieprotokoll
Morrison et al. 2002 [2] RCT Nya Zeeland Måttlig risk för bias	172 gravida med diabetes (graviditetsdiabetes typ I och 2)	I: Case load (ett team, 3 barnmorskor) K: Sedvanlig rutin	I: 123/134 C: 122/138	Graviditetsvecka: I: 38±2, n=134 C: 38.1±1.4, n=138	I: 20/134 C: 15/138	I: 47/134 40 akuta och 7 planerade C: 49/138 38 akuta och 11 planerade		Hela förloppet I: 111/126 C: 103/127	Risk för bias: Inte blindad Oklart om blivande grupptillhörighet kunde förutses. Ingen studieprotokoll.

### Frågeställning och PICO

Vilken effekt har relationell kontinuitet ("case load midwifery") genom hela vårdkedjan på förlossningsutfall (för barn och mamma) och känsla av trygghet och nöjdhet för gravida med behov av utökat stöd, jämfört med traditionell vård?

- Population/tillstånd: Gravida med behov av utökat stöd, till exempel
  - nyanlända där språk- och kulturbarriär föreligger
  - utlandsfödda där språkbarriär föreligger
  - psykisk sjukdom/psykisk ohälsa
  - substansbruk
  - negativ/traumatisk förlossningsupplevelse
  - primär förlossningsrädsla
  - sekundär förlossningsrädsla
  - ohälsosamma levnadsvanor (t.ex. nikotinbruk)
  - obesitas
  - komplicerade graviditeter (somatiska sjukdomar)
  - psykosocial utsatthet
- Intervention/åtgärd: Samma barnmorsketeam (relationell kontinuitet) genom hela vårdkedjan (graviditet, förlossning och eftervård)
- Kontrollgrupp: Traditionella vårdmodeller utan relationell kontinuitet genom hela vårdkedjan
- Utfallsmått:
  - Barnutfall**
    - Perinatal mortalitet
    - Morbiditet:
      - Allvarlig morbiditet (hjärnskada, kroppsskada, svår infektion etc.)
      - Apgar  $\leq 4$  vid 5 minuter
      - Apgar  $\leq 7$  vid 5 minuter
      - Vård på neonatal intensivvårdsavdelning (pga morbiditet)
      - Amning
      - Förtidsbörd (graviditetslängd).
  - Mödrautfall**
    - Induktion
    - Mortalitet
    - Intensivvård
    - Morbiditet/komplikationer (t.ex. perinealbristningar, blödningar, instrumentell förlossning)
    - Kejsarsnitt (totalt respektive enbart akuta)
    - Smärtlindring
    - Postpartumdepression
    - Antal akuta vårdbesök
    - Föräldranöjdhet/trygghet (t.ex. satisfaction with information, advice, explanation, venue of delivery, preparation for labour and birth, as well as giving choice for pain relief and behaviour of the care)
    - Upplevelse

- Studietyp: RCT, kvalitativa studier.

### Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1 SÖ, 550 artiklar (uppdaterad SÖ:s sökning) + 1 810 artiklar (kval.sökning)
Artiklar som lästes i fulltext	1 SÖ och översiktens inkluderade studier, 4 studier från uppdaterad SÖ:sökning, 15 från kval.sökning
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ, samt 2 av översiktens inkluderade studier
Artiklar som inkluderades i underlaget	2 RCT

RCT = Randomiserad kontrollerad studie, SÖ = Systematisk översikt

Litteratursökningen/söksträngarna, se separat dokument för sökstrategi.

### Exkluderade studier

**Tabell 1** Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av uppdaterad sökning av HTA-rapport.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Brigante et al., 2023 [6]	Saknas C
Fernandez Turienzo et al., 2023 [7]	Ej relevant P
Shiyu et al., 2022 [8]	Ej relevant språk
Zhang et al., 2021 [9]	Ej relevanta P

C = Kontroll, P = Population

**Tabell 2** Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av studier som ingår i HTA-rapport.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Fernandez Turienzo et al., 2020 [10]	Ej relevant P
Fernandez Turienzo et al., 2021 [11]	Ej relevant P
Forster et al., 2016 [12]	Ej relevant P
Homer et al., 2001 [13]	Ej relevant P eller I
Homer et al., 2002 [14]	Ej relevant P
Homer et al., 2021 [15]	Ej relevant P eller I
McLachlan et al., 2016 [16]	Ej relevant P
McLachlan et al., 2012 [17]	Ej relevant P
North Staffordshire 2000 [18]	Ej relevant P
Tracy et al., 2013 [19]	Ej relevant P

I = Intervention, P = Population

**Tabell 3** Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av kvalitativa studier.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av kvalitativa studier	Orsak till exklusion
Allen et al., 2020 [20]	Ej relevant P
Allen et al., 2017 [21]	Ej relevant P
Allen et al., 2019 [22]	Ej relevant P
Beake et al., 2013 [23]	Ej relevant P
Corcoran et al., 2017 [24]	Ej relevant P
Ellis al., 2020 [25]	Ej relevant P
Fernandez Turienzo et al., 2023 [7]	Ej relevant P
Fernandez Turienzo et al., 2021 [11]	Ej relevant P
Hoang et al., 2014 [26]	Ej relevant P
Homer et al., 2002 [14]	Ej relevant P
McCourt et al. 2000 [27]	Ej relevant P
Perriman et al., 2018 [28]	Ej relevant publikationstyp (abstrakt konferens)
Perriman et al., 2018 [29]	Saknar C
Shiyu et al., 2022 [8]	Ej relevant språk
Tafe et al., 2023 [30]	Saknar C



## Referenser

1. Wassén L, Bolmsjö BB, Eriksson M, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, et al. Nytt och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård. [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapartal, and postnatal care]. Göteborg: Västra Götalandsregionen Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum; 2022 HTA 2022:S1.
2. Morrison J, Neale L, Taylor R, McCowan L. Caring for pregnant women with diabetes. *British Journal of Midwifery*. 2002;10:434-9. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.7.10587>.
3. Marks MN, Siddle K, Warwick C. Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003;13(2):119-27. Available from: <https://doi.org/10.1080/jmf.13.2.119.127>.
4. Allen J, Gibbons K, Beckmann M, Tracy M, Stapleton H, Kildea S. Does model of maternity care make a difference to birth outcomes for young women? A retrospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(8):1332-42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.011>.
5. Rayment-Jones H, Murrells T, Sandall J. An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data--a retrospective, observational study. *Midwifery*. 2015;31(4):409-17. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.01.003>.
6. Brigante L, Coxon K, Fernandez Turienzo C, Sandall J. "She was there all the time". A qualitative study exploring how women at higher risk for preterm birth experience midwifery continuity of care. *Women Birth*. 2023;36(4):e397-e404. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.003>.
7. Fernandez Turienzo C, Hull LH, Coxon K, Bollard M, Cross P, Seed PT, et al. A continuity of care programme for women at risk of preterm birth in the UK: Process evaluation of a hybrid randomised controlled pilot trial. *PLoS ONE*. 2023;18(1):e0279695. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279695>.
8. Shiyu LU, Hongfang YE, Maosha W. Meta-analysis of the effect of continuous midwifery care on the maternal delivery. *Journal of Nurses Training*. 2022;37(16):1492-7.
9. Zhang Y, Xu K, Gong L, Sun Y, Ren F. The effect of continuous midwifery services on the delivery mode, labor progress, and nursing satisfaction of primiparas during natural deliveries. *Am J Transl Res*. 2021;13(6):7249-55.
10. Fernandez Turienzo C, Bick D, Briley AL, Bollard M, Coxon K, Cross P, et al. Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Med*.

- 2020;17(10):e1003350. Available from:  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003350>.
11. Fernandez Turienzo C, Silverio SA, Coxon K, Brigante L, Seed PT, Shennan AH, Sandall J. Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. *PLoS ONE*. 2021;16(4):e0248588. Available from:  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248588>.
  12. Forster DA, McLachlan HL, Davey M-A, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(1):28. Available from:  
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>.
  13. Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J, Chapman MG. Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG*. 2001;108(1):16-22. Available from:  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00022.x>.
  14. Homer CS, Davis GK, Cooke M, Barclay LM. Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*. 2002;18(2):102-12. Available from:  
<https://doi.org/10.1054/midw.2002.0298>.
  15. Homer CSE, Davis DL, Mollart L, Turkmani S, Smith RM, Bullard M, et al. Midwifery continuity of care and vaginal birth after caesarean section: A randomised controlled trial. *Women Birth*. 2022;35(3):e294-e301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.05.010>.
  16. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2016;123(3):465-74. Available from:  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>.
  17. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2012;119(12):1483-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x>.
  18. A randomised study of midwifery caseload care and traditional 'shared-care'. *Midwifery*. 2000;16(4):295-302. Available from:  
<https://doi.org/10.1054/midw.2000.0224>.
  19. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382(9906):1723-32. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61406-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61406-3).
  20. Allen J, Jenkinson B, Tracy SK, Hartz DL, Tracy M, Kildea S. Women's unmet needs in early labour: Qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO trial of caseload midwifery. *Midwifery*.

- 2020;88:102751. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102751>.
21. Allen J, Kildea S, Hartz DL, Tracy M, Tracy S. The motivation and capacity to go 'above and beyond': Qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO randomised controlled trial of caseload midwifery. *Midwifery*. 2017;50:148-56. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.012>.
  22. Allen J, Kildea S, Tracy MB, Hartz DL, Welsh AW, Tracy SK. The impact of caseload midwifery, compared with standard care, on women's perceptions of antenatal care quality: Survey results from the M@NGO randomized controlled trial for women of any risk. *Birth*. 2019;46(3):439-49. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12436>.
  23. Beake S, Acosta L, Cooke P, McCourt C. Caseload midwifery in a multi-ethnic community: the women's experiences. *Midwifery*. 2013;29(8):996-1002. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.003>.
  24. Corcoran PM, Catling C, Homer CS. Models of midwifery care for Indigenous women and babies: A meta-synthesis. *Women Birth*. 2017;30(1):77-86. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.003>.
  25. Ellis S. Is continuous midwifery support during labour an effective tool for women who fear childbirth? *MIDIRS Midwifery Digest*. 2020;30(1):59-65.
  26. Hoang H, Le Q, Ogden K. Women's maternity care needs and related service models in rural areas: A comprehensive systematic review of qualitative evidence. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2014;27(4):233-41. Available from:  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.005>.
  27. McCourt C, Pearce A. Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups? *Midwifery*. 2000;16(2):145-54. Available from:  
<https://doi.org/10.1054/midw.2000.0204>.
  28. Perriman N, Davis D. Understanding what it is that women value about continuity of midwifery care. *Women and Birth*. 2018;31:S52.
  29. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018;62:220-9. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>.
  30. Tafe A, Cummins A, Catling C. Exploring women's experiences in a midwifery continuity of care model following a traumatic birth. *Women Birth*. 2023;36(4):e421-e7. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.006>.