

FÄRRE RUTINBESÖK I MÖDRAVÅRDEN

Nytt övervakningsprogram för gravida i Västerås

Under 1991 genomfördes ett reducerat övervakningsprogram för friska gravida i Västerås förvaltningsområde. Antalet barnmorskebesök efter graviditetsvecka 28 reducerades från nio till fem. Det nya programmet medförde inte någon ökad belastning på andra delar av vården, och den diagnostiska säkerheten förblev hög.

Den grundläggande strukturen för den rutinmässiga graviditetsövervakningen har i princip varit oförändrad sedan början av seklet vad gäller besökens innehåll och förläggning i tiden. Stora förändringar har dock ägt rum under detta sekel av såväl kvinnors hälsotillstånd som sociala villkor och levnadsförhållanden. Den höga acceptans av mödravården som vi har i Sverige gör att även normala gravida utan komplikationer gör ett stort antal besök på mödravårdscentralen. År 1990 gjorde den svenska kvinnan i genomsnitt ca 14 besök på MVC under graviditeten, vilket är mest i Västeuropa [1]. Det traditionella besöksprogrammet har visserligen inte varit uppbyggt på basis av systematiskt insamlad kunskap om hur man skall uppnå störst effektivitet i övervakningen [2, 3], men de stora förbättringarna i utfallet har lett till att man känt stor tveksamhet till att minska antalet kontroller.

Traditionen ifrågasätts

Det traditionella övervakningsprogrammet ifrågasattes första gången i

Författare

ANNA BERGLUND

överläkare, kvinnokliniken, Västerås lasarett; mödrahälsöversör, Landstinget Västmanland

GUNILLA LINDMARK

docent, universitetslektor, institutionen för obstetrik och gynekologi, Uppsala universitet.

Lancet 1980 [4]. Snart därefter gjordes en utvärdering av ett förändrat rutinprogram i Aberdeen [5]. Två andra europeiska studier har jämfört besöksantal och innehåll i mödravården i ett antal länder [1, 6]. Bägge dessa studier har bekräftat en stor variation både i det antal besök som ansetts nödvändiga för normal graviditetsövervakning och i de undersökningsmetoder som rutinmässigt kommer till användning. Skillnaderna motiveras dock inte av några jämförande studier eller något annat stöd för de olika modellernas effektivitet.

Även enskilda länder har under 1980-talet gjort nationella utredningar för att granska mödravårdsprogrammet och utfärda rekommendationer. I Norge rekommenderades år 1985 efter en sådan utredning nio besök för förstföderskor och fem för omföderskor [7]. Vid en utvärdering några år senare fann man emellertid att alla kvinnor gjorde i medeltal tio besök, oavsett paritet [8].

I Storbritannien har flera kommittéer granskat mödravården och konstaterat avsaknaden av väldokumenterade studier för att påvisa för- och nackdelar med olika modeller. I USA gjorde man en genomgång 1989 [9] och tvingades medge att det för många av de rekommenderade åtgärderna inte fanns några klara bevis för att de hade en hälsoförbättrande effekt. Den amerikanska kommittén rekommenderade ett prekonceptionellt besök och sedan åtta besök för förstföderskor och sex för omföderskor.

Alldeles nyligen har två randomiserade studier publicerats i Storbritannien. Den ena utvärderar ett reducerat rutinövervakningsprogram [10], den andra värdet av specialistkonsultation för kvinnor med okomplicerad graviditet [11]. Båda studierna visade att de testade programmen ej medförde någon förlust av medicinsk säkerhet.

I Sverige arbetade under slutet av 1980-talet en särskild expertgrupp inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi med en genomgång av mödravårdsprogrammet. Gruppen rekommenderade en minskning av det traditionella programmet, som fullt utbyggt skulle innebära 16 besök, till 12–13 besök utan skillnad mellan förstföderskor och omföderskor [12]. Dessa

rekommendationer har följts av de flesta i landet.

Västeråsstudien

Studien från Västerås kom till stånd med stöd från Socialstyrelsens Dagmar-projekt för att utvärdera en minskning av rutinbesökens antal i Västerås förvaltningsområde 1991. Förändringen motiverades i första hand av den starkt ökade belastningen på grund av av de ökade födelsetalen, men sågs också som en möjlighet att bättre differentiera och anpassa vårdinsatserna efter kvinnornas olika behov av stöd och åtgärder. Resultaten från Västeråsmaterialet ligger till grund för det övervakningsprogram för gravida utan komplikationer som rekommenderas i den nyligen avslutade mödrahälsöversörstudien [13].

Fram till 1991 gjorde kvinnorna i Västerås, liksom i landet i övrigt, i medeltal 14 besök under graviditeten. Förstföderskorna gjorde två läkarbesök, omföderskorna ett. Det nya programmet innehöll tio besök för förstföderskor, nio för omföderskor. Vi valde att behålla ett läkarbesök i slutet av första trimestern för alla, och ett läkarbesök i vecka 36 för förstföderskor. Tyngdpunkten i förändringen ligger efter vecka 28, med en reduktion från nio till fem besök. Det nya programmet gör ingen skillnad på först- och omföderskor i sista trimestern när det gäller antalet besök (Tabell I). Genomförandet av det nya programmet och utvärderingen av dess konsekvenser beskrivs utförligt i en rapport [14].

Konsekvenser

Vi vill här sammanfatta de resursmässiga konsekvenserna av förändringen. I efterföljande artikel i detta nummer av Läkartidningen beskrivs de vanligaste problemen som noteras vid besök för graviditetsövervakning, och vilket utbyte olika slags besök under graviditeten ger i form av noterade besvär, kliniska fynd eller vidtagna åtgärder.

Det totala antalet besök i mödravården i förvaltningsområdet minskade med 5 000 under ett år. För varje gravid kvinna blev minskningen 1,8 besök. Antalet rutinbesök hos barnmorska ►

ANNONS

minskade mest. Kvinnorna sökte inte mer på eget initiativ vare sig till barnmorska eller läkare på MVC, och kom inte heller oftare akut till förlösningsavdelningen. Det totala antalet läkarbesök påverkades obetydligt.

Inte oväntat fördubblades efter programomläggningen antalet extra barnmorskebesök initierade av vårdgivaren, men det utgjorde ändå bara 14 procent av barnmorskebesöken. Ökningen var störst under sista graviditetsmånaden, där det nya programmet föreskriver ett intervall på två veckor mellan besöken och samtidigt frekvensen hypertoni hos de gravida ökar. Barnmorskorna rekommenderade emellertid även en del extrabesök i första hälften av graviditeten, troligen för att kunna tillgodose behov av psykosocial karaktär. Kvinnorna själva efterfrågade sällan extrabesök, och i detta avseende var det ingen skillnad mellan året före och året efter förändringen.

Det totala antalet besök på förlösningsantenatalmottagning ökade något, men andelen konsultationer på kvinnans eget initiativ ändrades inte. Andelen kvinnor som intogs på riskgraviditetsavdelning minskade något mellan 1990 och 1992.

Sammanfattningsvis innebar det minskade antalet rutinkontroller inte någon ökad belastning på andra delar av vårdsystemet, varken i form av ett ökat antal oplanerade besök eller ett större behov av slutenvård.

God följsamhet

Rutinen för laboratorieprov följde båda åren rekommendationerna från SFOGs arbetsgruppsrapport »Hälsoövervakning vid normal graviditet» [12], och inga förändringar vidtogs med undantag för att screening för graviditetsdiabetes infördes med fyra slumpmässigt tagna blodsockervärden per graviditet.

Följsamheten till programmet var mycket god vad gäller både antalet besök och innehållet i de olika besöken. Andelen rutinbesök som i själva verket blev av ökade från 75 procent till 90 procent. Detta är den främsta orsaken till att nettoreduktionen inte blev större än 1,8 besök per graviditet, vilket ändå innebär en 15-procentig minskning av belastningen.

Liksom i tidigare svenska studier bekräftas här att följsamheten till det rutinemässiga innehållet och provtagningarna vid besöken inom den svenska mödrahälsovården är utomordentligt god. En av huvudorsakerna till detta är den homogena organisationen med dess nära och enkla kommunikationsvägar mellan den programansvarige i varje sjukvårdsområde och personalen som arbetar i mödrahälsovården.

Tabell 1. Förändring av antalet rekommenderade rutinbesök i mödravården i Västerås 1991.

	Vecka för kontrollbesök	
	1990	1992
1:a trimestern	10	10
2:a trimestern	20, 24, 27	(20), 24, 27
3:e trimestern	29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40	30, 33, 35, 37, 39

Den resulterande reduktionen av belastningen på barnmorskorna kan tyckas blygsam, men den innebar ändå minst 1 000 frigjorda timmar som kunde användas för andra uppgifter inom mödravården, t ex gynekologisk hälsokontroll och preventivmedelsrådgivning.

Vi gjorde en uppföljning av antalet besök under första halvåret 1994, och såg då ytterligare en liten reduktion av antalet barnmorskebesök per graviditet från 8,4 till 8,1. Antalet besök på förlösningsavdelningens antenatalmottagning var oförändrat. Programmet har således accepterats väl av både patienter och vårdgivare.

Diskussion

I Sikorskis randomiserade studie från London [10] minskade man rutinprogrammet från de traditionella 13 besöken till sju besök för förstföderskor och sex för omföderskor. Resultatet blev att antalet faktiskt utförda besök minskade från 10,8 till 8,6 per graviditet. Våra resultat överensstämmer väl med detta. I kombination med den ökade följsamheten till besöksprogrammet 1992 ledde dock det ökade behovet av extrabesök i det nya programmet till att minskningen av antalet besök blev mindre än avsett.

I Londonstudien fann man att kvinnorna i högre grad uttryckte missnöje med omhändertagandet i det nya programmet. Vi fann tvärtom i en enkät till nyförlösta kvinnor på BB en stor tillfredsställelse med MVCs insatser, trots ett reducerat rutinprogram. De kvinnor som var omföderskor när det nya programmet infördes saknade någon gång kontakter i början av graviditeten, men ingen av de drygt 100 kvinnor som tillfrågades önskade fler besök i andra hälften av graviditeten.

Förklaringen till detta är sannolikt att vårt material skiljer sig betydligt från den engelska studien med avseende på antalet vårdgivare. Över 90 procent av kvinnorna som svarade på vår enkät hade träffat högst två barnmorskor under graviditeten, medan medelantalet vårdgivare under graviditeten i den engelska studien var drygt fem. I vår organisation, med dess höga kontinuitet,

torde den reduktion vi genomfört i Västerås inte påverka omhändertagandet negativt, vilket bekräftas av att kvinnorna själva inte efterfrågade extra besök mer efter programförändringen än före.

Mödrahälsovårdsutredningen [13] rekommenderar nio besök för friska förstföderskor och mellan sju och åtta besök för omföderskor, vilket är ytterligare något besök mindre än i Västeråsmodellen. Vi såg i vår studie att reduktionen av rutinbesök ledde till en differentiering av vårdutnyttjandet beroende på riskgruppstillhörighet hos de gravida. Denna differentiering kommer sannolikt att öka om programmet ytterligare reduceras. Om intervallen mellan rutinbesöken ökar tvingas vårdgivaren att ta individuell ställning till varje kvinnas behov av kontakt, vilket höjer kvaliteten på vården och minskar risken för slentrianmässiga vårdkontakter.

Referenser

1. Blondel B. Some characteristics of antenatal care in 13 European countries. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 565-8.
2. Lindmark G, Cnattingius S. The scientific basis of antenatal care. Report from a state-of-the-art conference. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 105-11.
3. Villar J, Garcia P, Walker G. Routine antenatal care. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993; 5: 688-93.
4. Hall MH, Chng PK, MacGillivray I. Is antenatal care worthwhile? *Lancet* 1980; 12: 78-80.
5. Hall M, MacIntyre S, Porter M. Antenatal care assessed. Aberdeen: Aberdeen University Press, 1985: 139.
6. Heringa M, Huisjes H. Prenatal screening: current policy in EC countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988; 28: 7-52.
7. Perinatal omsorg i Norge. Sosialdepartementet. NOU rapport 17, 1984.
8. Backe B, Herland R, Jacobsen G, Nakling J, Tandberg A, Telje J et al. Evaluering av svangeromsorgen. Trondheim: Norsk institutt for Sjukhusforskning (NIS), 1991.
9. NIH. Caring for our future. Washington DC, 1989.
10. Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996; 312: 546-53.
11. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, du V Florey C et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996; 312: 554-9.
12. Lindmark G, Åberg A, Svanberg B, red. Hälsoövervakning vid normal graviditet. Arbets- och referensgruppen för mödrahälsovård, Svensk förening för obstetrik och gynekologi. I: Kjessler B, red. Arbetsgruppsrapporter 1991; vol 21.
13. Hälsovård före, under och efter graviditet. Rapport från mödrahälsovårdsutredningen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
14. Berglund A, Lindmark G. Ett förändrat mödravårdsprogram. Konsekvenser för resursanvändning och diagnostisk effektivitet. Uppsala: Institutionen för obstetrik och gynekologi, 1996. Under publ.