

Nationella riktlinjer 2025:

Bilaga: Fördjupad konsekvensanalys

Graviditet, förlossning och tiden efter

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Förord

Detta dokument innehåller konsekvensanalyser av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för mödrahälsovård och förlossningsvård. Vi beskriver vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjernas rekommendationer väntas få.

I huvudrapporten *Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser* presenterar vi övergripande konsekvensanalyser. Här fördjupar vi resonemangen för dig som vill veta mer.

Konsekvensanalyserna presenteras per rekommendationsområde på samma sätt som i huvudrapporten: graviditet, förlossning, eftervård och psykisk ohälsa. Vi inleder med ett avsnitt med statistik som beskriver antalet förlossningar per region och andel kejsarsnitt samt hur det totala antalet förlossningar har varierat sedan 2011 i riket. Denna statistik ger en bakgrund till hur många som berörs av Socialstyrelsens rekommendationer.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord	3
Inledning	5
Förlossningsstatistik i Sverige	5
Konsekvenser av rekommendationerna	8
Graviditet.....	8
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om graviditet	8
Id 3: Kompetensutveckling om obesitas	9
Id 4: Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	9
Förlossning.....	15
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om förlossning	15
Id 6: Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar	16
Id 7: Kontinuerligt stöd av en barnmorska	19
Eftervård	25
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om eftervård.....	26
Id 12: Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär	26
Id 13: Tidig uppföljning och id 11: Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården	31
Id 14: Kontroll av förlossningsbristningar och klipp	35
Psykisk ohälsa	39
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om psykisk ohälsa.....	39
Id 16: Multiprofessionellt arbetssätt och id 17: Konsultation av psykolog	40
Referenser	46

Inledning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om mödrahälsovård och förlossningsvård kommer att påverka hälso- och sjukvårdens organisation. Följande fyra avsnitt innehåller en beskrivning av möjliga ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av Socialstyrelsens rekommendationer avseende åtgärder under graviditet och förlossning, i eftervården samt insatser vid psykisk ohälsa. Resultaten bygger på skattningar av antalet gravida och nyförlösta som berörs av rekommendationerna utifrån några exempel på hur det kan se ut inom aktuella verksamheter. Beskrivningarna i detta dokument utgår ifrån hur vården kan se ut om den utformas i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation.

Syftet med följande analyser är att ge beslutsfattare inom hälso- och sjukvården räkneexempel att utgå ifrån för att underlätta det egna arbetet i regionerna med att planera och avsätta resurser till mödra- och förlossningsvård. Dessa exempel är beräknade på nationell nivå samt utifrån en barnmorskemottagning som tar emot 200 (mindre enhet) respektive 800 (större enhet) gravida. För förlossningskliniker används på motsvarande sätt exemplen 1 000 (mindre klinik) respektive 5 000 (större klinik) födande kvinnor. Resultaten för dessa kan skalas upp eller ned för att spegla den verkliga situationen på en viss mottagning eller förlossningsklinik.

Om en verksamhet redan idag erbjuder vård i linje med rekommendationerna behöver regionen och verksamheten säkerställa att vården har tillräcklig omfattning så att alla med behov får denna vård. De faktiska merkostnaderna av att följa dessa rekommendationer för en verksamhet påverkas således av om åtgärderna redan tillhandahålls och om omfattningen redan är tillräcklig.

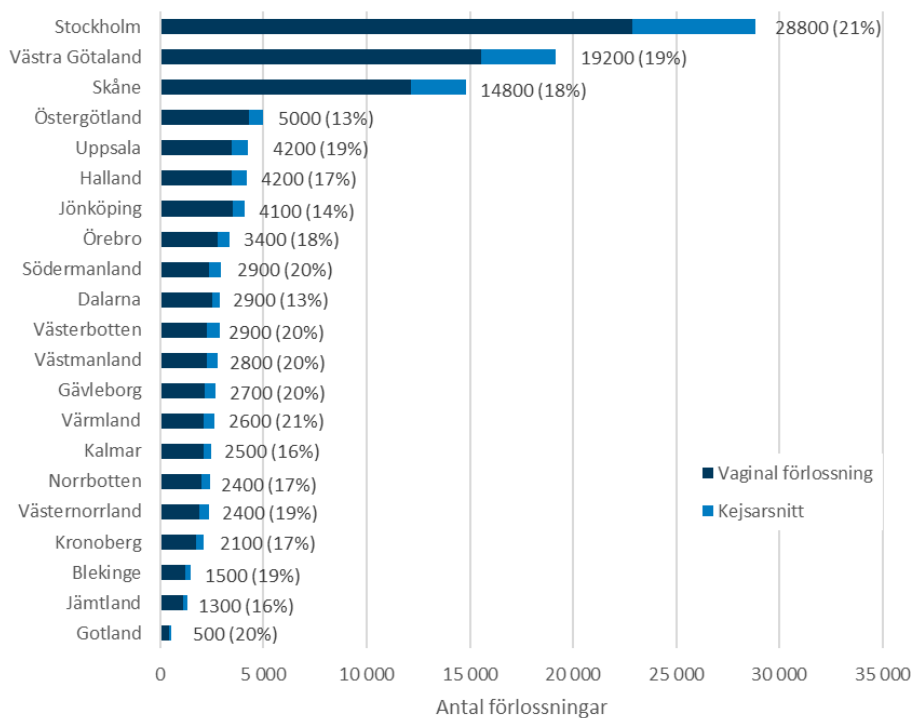
Konsekvensbeskrivningar finns för rekommendationer som fått hög prioritet och där det finns dataunderlag för kostnadsberäkningar. Några rekommendationer har hög prioritet men åtgärden är en allmän formulering om att hälso- och sjukvården bör arbeta efter rutiner för samverkan eller följa vårdprogram. I dessa fall har Socialstyrelsen inte gjort kostnadsberäkningar eller på annat sätt beskrivit konsekvenser för den nationella nivån.

Förlossningsstatistik i Sverige

År 2021 registrerades totalt 113 192 förlossningar i Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda [1]. Av dessa var 21 012 (19 procent) registrerade som kejsarsnitt och 92 180 (81 procent)

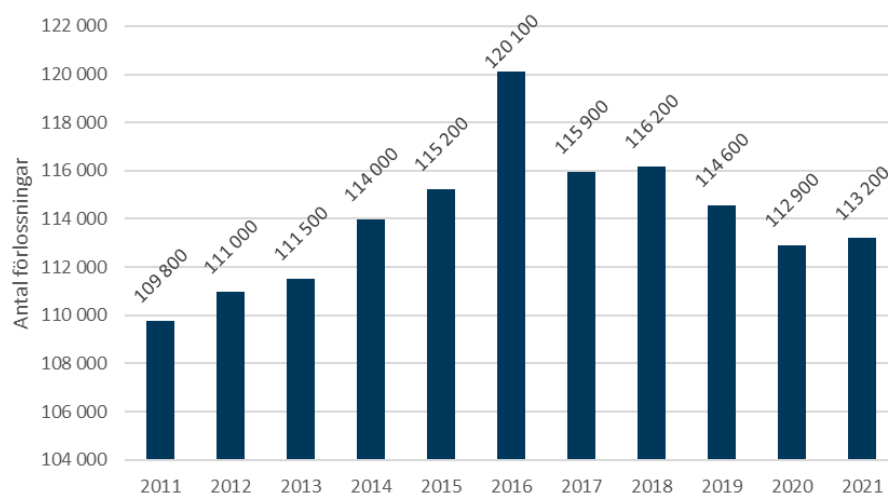
vaginala förlossningar. På regionnivå varierade det totala antalet förlossningar från 28 837 i Stockholm till 533 på Gotland (Figur 1).

Figur 1. Vaginala förlossningar och kejsarsnitt per region år 2021. Totalt antal avrundat till närmaste 100-tal samt andel kejsarsnitt. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda.



Figur 2 visar variationen i det totala antalet förlossningar i Sverige under tidsperioden 2011 till 2021. År 2011 var det knappt 110 000 förlossningar och antalet toppade år 2016 med drygt 120 000 förlossningar.

Figur 2. Totalt antal förlossningar i Sverige under tidsperioden år 2011 till år 2021. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda.



Konsekvenser av rekommendationerna

Här presenterar vi konsekvensanalyser av Socialstyrelsens rekommendationer om mödrahälsovård och förlossningsvård.

Graviditet

Rekommendationer till mödrahälsovården

Id	För alla gravida ...	Rekommendation	Prioritet
1	som skrivs in i mödrahälsovården	Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning.	1
Id	För gravida som ...	Rekommendation	Prioritet
2	använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser	Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården. ¹	1
3	har obesitas	Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal. ²	2
4	har obesitas	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling. ³	4
5	behöver utökat stöd	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Låt samma barnmorskeam följa den gravida genom hela vårdkedjan.	FoU

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om graviditet

Andelen gravida med övervikt eller obesitas har ökat i Sverige de senaste 20 åren. År 2000 var det 10 procent av alla gravida som hade obesitas (BMI över 30) och år 2021 var det 17 procent obesitas när de skrevs in i mödrahälsovården. Under samma tid har ökade även andelen gravida med

¹ Rekommendationen gäller även nyförlösta.

² Rekommendationen är hämtad från Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.

övervikt (BMI mellan 25 och 30) från 24 procent till 28 procent.

Mödrahälsovården behöver därför säkerställa att alla dess barnmorskor erbjuds kompetensutveckling om obesitas. Det behöver också finnas rutiner i mödrahälsovården så att gravida med obesitas erbjuds program för levnadsvanebehandling.

Hälso- och sjukvårdens totala personalkostnad om 90 procent av alla gravida med obesitas erbjuds kombinerad levnadsvanebehandling och 75 procent av dessa fortsätter i programmets andra fas blir drygt 180 miljoner kronor per år när programmet är fullt ut etablerat.

Id 3: Kompetensutveckling om obesitas

Rekommendationen om kompetensutveckling väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader under kommande år, och även påverka organisationen. Regionerna behöver erbjuda grundläggande kompetensutveckling för personal i mödrahälsovården. Det är också viktigt att säkerställa att barnmorskor i mödrahälsovården har rutiner för samverkan med specialiserade obesitasteam och personal i primärvården som behandlar vuxna med obesitas.

Kompetensutvecklingens format påverkar kostnaderna. Din region kan använda existerande regionala fortbildningsprogram som startpunkt, och fråga gravida med obesitas vilka behov de ser.

Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma kostnadseffektiviteten av att personalen i mödravården erbjuds kompetensutbildning om obesitas.

Id 4: Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas

Rekommendationerna om kombinerad levnadsvanebehandling väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader, eftersom obesitas är underbehandlat hos gravida i dag. Om din region redan erbjuder kombinerad levnadsvanebehandling till gravida behöver ni avsätta mindre resurser för att minska gapet.

Socialstyrelsens riktlinjer om obesitas visar i ett räkneexempel förväntade kostnader för att erbjuda vuxna personer deltagande i kombinerad levnadsvanebehandling. Det är hämtat från en publicerad studie som ingår i kunskapsunderlaget. Denna valdes ut efter en sammanvägd bedömning av tillförlitligheten, överförbarhet till svensk kontext och effekt. Program

omfattar en intensivare del med gruppträffar under det första året och uppföljning därefter under 3 år.

- **Antal aktuella gravida:** Över 18 000 per år
- **Behandlingsform:**
 - år 1: 30 gruppträffar med 15 gravida per grupp och parallellt ett individuellt besök per månad
 - år 2–4: 1 individuellt besök och ett telefonsamtal per månad
- **Personalkostnad per gravid:** omkring 16 600 kronor för hela behandlingen
- **Regionernas totala personalkostnad:** drygt 180 miljoner kronor per år efter en uppbyggnadsfas på cirka 3 år, om 90 procent av alla gravida med obesitas erbjuds behandlingen och 75 procent fortsätter år 2 med programmets andra fas.

Metod

Socialstyrelsens graviditetsregister visar att det år 2021 var mer än 18 000 gravida som hade obesitas vid inskrivning i mödravården och ytterligare mer än 30 000 gravida med övervikt. Figur 3 visar den rapporterade andelen och antalet gravida med obesitas år 2021 per region. Tio regioner rapporterar att minst 20 procent av gravida hade obesitas. För regioner med mellan 2 000 och 3 000 förlossningar per år motsvarar detta 400 till 600 gravida som är aktuella för levnadsvanebehandling.

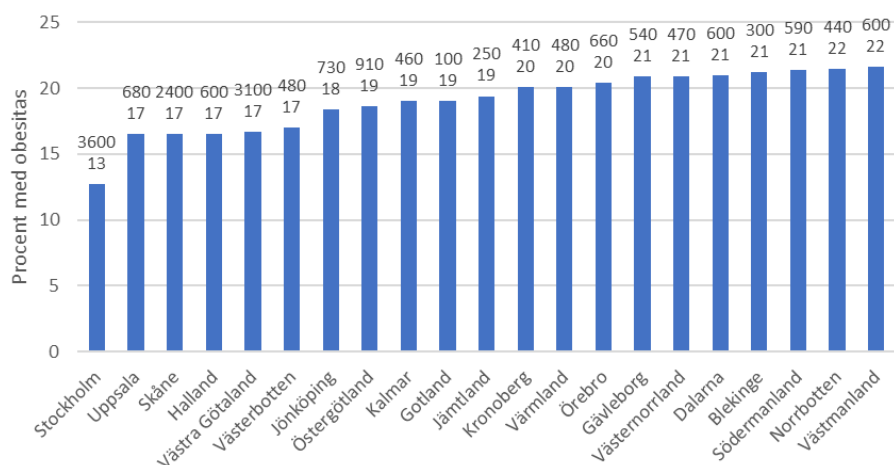
Kostnadsbeskrivningen utgår från ett exempel på kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas bland vuxna utifrån en amerikansk studie (Look Ahead) [2, 3].

Programmet bestod av både gruppträffar och individuella träffar, med fokus på livsstilsförändring, inklusive stöd till beteendeförändring, kost och fysisk aktivitet. De första 6 månaderna inkluderade 24 träffar, varav 18 gruppträffar och 6 individuella träffar. Följande 6 månader inkluderade 12 gruppträffar och 6 individuella träffar. Behandlingsprogrammet pågick under 8 år. År två till fyra inkluderade månatliga individuella uppföljningar både på telefon och på klinik samt gruppträffar. År 5 och framåt erbjöds ett fåtal gruppträffar per år. Fysisk träning uppmuntrades men sköttes av individen själv. I standardbehandling ingick tre gruppträffar per år med fokus på diet, fysisk träning och socialt stöd under de första fyra åren. Därefter erbjöds en gruppträff per år.

I studien ingick 5 145 personer med typ 2 diabetes i åldrarna 45 till 76 år som randomiserades till interventionen eller fick standardbehandling. Efter en uppföljningstid på åtta år observerades en viktninskning på i genomsnitt 4,7 procent av den initiala vikten hos de som ingått i

behandlingsprogrammet och 2,1 procent bland de som fick standardbehandling [3].

Figur 3. Gravida med obesitas (BMI över 30) vid inskrivning i mödravården per region år 2021. Procent och antal gravida avrundat till närmaste tiotal (hundratal för Stockholm, Västra Götaland och Skåne). Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda.



Kostnadsbeskrivningen baseras på behandlingsprogrammet under första året som ingick i studien [3]. Mot bakgrund av beskrivningen i studien antas gruppträffarna hållas av dietist och pågå i en timme per träff. Detta inkluderar inte tid till individuella insatser. Den rapporterade gruppstorleken var mellan 10–20 personer och därför används 15 personer i räkneexemplet. Individuella samtal antas också hållas av dietist och pågå i genomsnitt 30 minuter.

Kostnaden för behandlingsprogrammet har utgått från kostnaden för den tid som en dietist behöver lägga på att hålla i gruppträffar och individuella samtal. Denna tid har prissatts utifrån den genomsnittliga lönekostnaden för en dietist inklusive lönekostnadspåslag på den nivå som Sveriges kommuner och regioner rekommenderar för år 2023 [4, 5]. Programmet lägger inte fast att det ska ledas av en viss profession och kostnaden för insatsen behöver justeras beroende om det leds av personalkategorier där lönen är annorlunda.

I exemplet beräknas kostnaderna per person som genomgår behandlingsprogrammet givet en viss gruppstorlek. På så vis kan kostnader för exempelvis en klinik eller region beräknas utifrån hur många man planerar att erbjuda behandlingen. Resultaten presenteras också som en budgetpåverkansanalys utifrån att det årligen är omkring 17 procent av de gravida som har BMI över 30 och att drygt 17 000 kvinnor går in i programmet per år. Eftersom programmet har regelbunden uppföljning

inklusive individuella träffar under fyra år kommer kostnaderna initialt att vara något lägre än när det från år 4 är fullt utbyggt.

Resultat

Tabell 1 sammanställer förväntad genomsnittlig personalkostnad per person som genomgår kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas enligt ett program med innehåll som Look Ahead studien. Personalkostnaden för en dietist som ger 30 gruppträffar om vardera 1 timme motsvarar knappt 11 000 kronor. Om gruppen omfattar 15 personer motsvarar det en kostnad per deltagare om drygt 700 kronor. Programmets månatliga individuella träffar med dietist under det första året kostar omkring 2 100 kronor. Per gravid blir det sammanlagt mindre än 3000 kronor för det första behandlingsåret.

Med motsvarande beräkningar för år 2 till 4 skattas den årliga kostnaden för behandlingsprogrammet till cirka 4 600 kronor per person. Anledningen till att den årliga kostnaden är högre för dessa år är att även om antalet gruppträffar minskar enligt programmet så ökar antalet individuella samtal och dessa är dyrare per gravid. Den årliga kostnaden per gravid för ett behandlingsprogram enligt den amerikanska Look Ahead-studien där kostnaden för år 5 och framåt förväntas vara liten eftersom den bestod av ett fåtal gruppträffar.

Gravida är en tydlig målgrupp och en utgångspunkt kan vara att merparten av alla gravida erbjuds kombinerad levnadsvanebehandling då de uppmärksammas i mödravården vid inskrivning. Programmet kommer då att fortsätta även efter förlossningen. Utifrån att 90 procent av alla gravida tackar ja till att delta i kombinerad levnadsvanebehandling och att 75 procent fortsätter till programmets andra fas kommer regionernas totala personalkostnad att vara drygt 180 miljoner kronor per år efter en uppbyggnadsfas på cirka 3 år. Detta eftersom programmets år 2 till 4 står för den största kostnaden eftersom dessa år innehåller fler individuella konsultationer. Beräkningen har också antagit att följsamheten fortsätter att minska så att ytterligare 25 procent varje år lämnar programmet de två följande åren.

Tabell 1. Personalkostnad för kombinerad levnadsvanebehandling för gravida med obesitas enligt Look-Aheadstudiens program med träffar i grupp och individuellt. Schablonberäkning baserad på gruppträffar som inkluderar 15 personer.

Intervention	Antal/tid/kostnad	Referens, kommentar
Genomsnittlig kostnad per arbetstimme för dietist	356 kronor	[4, 5]
Fas: 0-12 månader		
Gruppträff med dietist		
Antal personer per grupp	15	Antaganden baserat på Look-Ahead studien [2, 3]
Tid per träff	1 timme	
Antal träffar	30	
Total kostnad	10 678 kronor	
Kostnad per person	712 kronor	
Individuella träffar med dietist		
Antal träffar	12	Antaganden baserat på Look-Ahead studien [2, 3]
Tid per träff	30 minuter	
Kostnad per person	2 136 kronor	
Total kostnad per person, år 1	2 847 kronor	
Fas 2: 13-48 månader		
Månatliga individuella uppföljningar både på telefon och på klinik samt gruppträffar. Kostnad per år per person	4 556 kronor	
Fas 3: 49+ månader		
Kostnad för ett fåtal gruppträffar per år	47 kronor	
Total kostnad per gravid för interventioner under 5 år	16 562 kronor	

Diskussion

Kostnadsbeskrivningen utgår från en publicerad amerikansk studie [2, 3] som ingår i kunskapsunderlaget för rekommendationen om kombinerad levnadsvanebehandling för vuxna med obesitas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid obesitas. Behandlingen som beskrivs är ett exempel på hur kombinerad levnadsvanebehandling för gravida med obesitas skulle kunna organiseras. Den amerikanska studien inkluderade medelålders och äldre personer med typ 2-diabetes. Det är en annan målgrupp än i den aktuella rekommendationen. Samtidigt skulle ett kombinerat levnadsvaneprogram för gravida kvinnor kunna ha ett liknande upplägg och intensitet samt vara lika långsiktighet i uppföljningen.

Kostnadsberäkningarna inkluderar bara arbetskostnader för personal som leder gruppträffar och individuella samtal vid dessa tillfällen. Andra kostnader såsom lokalkostnader eller kompetensutveckling av vårdpersonal för att ge interventionen ingår inte. Vidare baseras beräkningarna på den genomsnittliga lönekostnaden för en dietist och den faktiska kostnaden i en region kan därför skilja något beroende på lokala variationer i lönelägen eller om andra personalkategorier med annat löneläge leder programmet.

Budgetpåverkansanalysen visar att även om den totala kostnaden per person är begränsad för denna slags kombinerade levnadsvanebehandling riktad till gravida så rör det sig om uppemot 20 000 kvinnor per år som är kan vara aktuella för insatsen. Beroende på hur långt hälso- och sjukvården redan har implementerat Nationella riktlinjer för obesitas så kan delar av den aktuella gruppen, gravida med obesitas, ha varit erbjudna på påbörjat kombinerad levnadsvanebehandling redan. Det faktiska antalet som remitteras från mödrahälsovården till primärvården kan då vara något lägre.

Slutsatser

Kombinerad levnadsvanebehandling till gravida som utformas med samma omfattning som Look Ahead-studiens behandlingsprogram innebär en total kostnad över en fyraårsperiod på knappt 16 600 kronor per gravid. Insatserna rör nästan var femte gravid och hälso- och sjukvårdens samlade kostnader för ett implementerat program blir drygt 180 miljoner kronor per år då det finns deltagande kvinnor fullt ut i både programmets fas 1 och dess mer personalintensiva fas 2.

Förlossning

Rekommendationer till förlossningsvården

Id	För de som nyligen har fött barn och ...	Rekommendation	Prioritet
6	har fött vaginalt	Låt två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar.	1
Id	För gravida som ...	Rekommendation	Prioritet
7	är i förlossningens aktiva fas	Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över.	3
Id	För gravida som har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbudning och ...	Rekommendation	Prioritet
8	är friska	Erbjud en riskbedömning i graviditetsvecka 41+0 till 41+2, som ligger till grund för när igångsättning (induktion) kan erbjudas. Planera för igångsättning någon gång före vecka 42 om inte förlossningen startar spontant.	2
9	är friska	Erbjud rutinmässig igångsättning (induktion) av förlossningen i graviditetsvecka 41+0 till 41+2.	8
10	har fött barn tidigare, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma	Överväg planerad hemförlossning, där två barnmorskor assisterar den födande i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården.	8

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om förlossning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om två utförare för att diagnosticera förlossningsbristningar samt säkerställande av kontinuerligt professionellt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över kommer att öka kostnaderna för hälso- och sjukvården. Storleken på kostnadsökningen beror på i vilken utsträckning förlossningsklinikerna redan i nuläget arbetar enligt rekommendationerna.

- Ett tillägg med en ytterligare utförare motsvarar cirka 12 heltidstjänster på nationell nivå som för ett år med omkring 87 000 vaginala förlossningar (exklusive episiotomier) som år 2021. Detta motsvarar mellan 10,2 miljoner kronor och 19,3 miljoner kronor beroende på om utföraren är barnmorska eller läkare.
- Kontinuerligt stöd av barnmorska i förlossningens aktiva fas och tills den är över motsvarar mer än 800 heltidstjänster totalt om ett mål om kontinuerligt stöd 95 procent av årets alla timmar ska nås. Det motsvarar drygt en fjärdedel av förlossningsklinikernas planerade bemanning (3 200 heltidstjänster). Om förlossningsklinikerna i nuläget når målet att kunna erbjuda kontinuerligt stöd under hälften av alla årets timmar trots att 17 procent av tjänsterna är vakanta så skulle en tillsättning av alla vakanser motsvara det resurstillskott som behövs för att nå målet. Tillsättning av de vakanta tjänsterna beräknas kosta omkring 425 miljoner kronor. Om det därtill behövs en ytterligare personalförstärkning på 10 procent blir merkostnaden jämfört med nuläget närmare 700 miljoner kronor.

Regioner och verksamhetschefer behöver gå igenom och granska övriga arbetsuppgifter som barnmorskor vid förlossningskliniker har. Detta för att göra bedömningar av eventuella undanträngningseffekter som de aktuella rekommendationerna kan ha om de införs utan att förlossningsklinikens bemanning utökas respektive om det finns arbetsuppgifter som kan hanteras på annat sätt.

Id 6: Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar

Sammanfattande bedömning

Utifrån Socialstyrelsens statistik från 2021 genomgick drygt 92 000 kvinnor en vaginal förlossning och enligt Graviditetsregistret var cirka 5 procent av dessa episiotomier. Därmed var omkring 87 000 kvinnor aktuella för diagnostisering av misstänkt förlossningsbristning. En extra utförare för att diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar innebär en kostnad på cirka 100 kronor per kvinna om den extra utföraren är en barnmorska och cirka 200 kronor om det är en läkare.

Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan under antagandet att det inte redan finns två utförare som diagnostiserar förlossningsbristningar. Då medför rekommendationen en merkostnad jämfört med dagsläget på omkring 10,2 miljoner kronor om den extra utföraren är en barnmorska. Motsvarande merkostnad för en läkare beräknas till omkring 19,3 miljoner kronor. Regioner och kliniker som redan helt eller delvis arbetar i linje med rekommendationen får därför en mindre eller ingen kostnadsökning. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan

på längre sikt för att bedöma kostnadseffektiviteten av två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar jämfört med en utförare.

Metod

Kostnadsbeskrivningen avser diagnostisering av misstänkta förlossningsbristningar hos nyförlösta kvinnor efter vaginal förlossning som inte fått en episiotomi (perinealklipp). Beräkningarna antar att det i förlossningsvården alltid är minst en utförare som diagnostiserar bristningar i nuläget. Därför inkluderas enbart kostnader för en extra utförare och denna kan då vara en barnmorska eller en läkare. Exemplet riktar sig till förlossningskliniker som inte redan använder sig av två utförare vid diagnostisering av förlossningsbristningar och där det därför skulle innebära en merkostnad att följa rekommendationen.

I samråd med projektledningens expertgrupp antar kostnadsberäkningarna att den extra bedömaren deltar i diagnostiseringen av eventuell förlossningsbristning i genomsnitt under 15 minuter per kvinna med vaginal förlossning. Åtgärden kan utföras av en barnmorska eller en läkare och kostnaderna redovisas separat för dessa yrkesgrupper. Kostnaden för arbetstiden motsvarar den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska respektive specialistläkare enligt Statistiska centralbyråns lönestatistik [4] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [5].

Exemplet redovisar kostnader per nyförlöst kvinna. På så vis kan kostnader för en klinik eller region beräknas utifrån antalet förlossningar på enheten. Kostnadsberäkningar presenteras även på nationell nivå utifrån att det är lika många förlossningar som år 2021 [1] respektive för förlossningskliniker med olika storlek:

- 1 000 födande kvinnor
- 5 000 födande kvinnor.

Beräkningen av andel med vaginal förlossning exklusive episiotomier har utgått från det nationella genomsnittet år 2021 [1]. Kostnaderna presenteras också som arbetstid uttryckt i heltidsekvivalenter respektive arbetsveckor.

Resultat

Tabell 2 ställer samman förväntad genomsnittlig personalkostnad per nyförlöst kvinna för en extra utförare vid diagnostisering av förlossningsbristning. Denna kostnad beräknas till omkring 100 kronor för barnmorska och omkring 200 kronor för en läkare. Utifrån antagandet om 87 387 vaginala förlossningar per år exklusive episiotomier baserat på statistik från Socialstyrelsen och Graviditetsregistret från 2021 [1, 6], beräknas den totala kostnaden på nationell nivå till omkring 10,2 miljoner kronor om den

extra utföraren är en barnmorska. Motsvarande kostnad för en läkare beräknas till omkring 19,3 miljoner kronor.

För en förlossningsklinik som tar emot 5 000 gravida per år och under antagandet att 81 procent utgörs av vaginala förlossningar och 5 procent av dessa är episiotomier beräknas kostnaden för en extra barnmorska att diagnostisera förlossningsbristningar till cirka 450 000 kronor. Motsvarande kostnad för specialistläkare beräknas till knappt 853 000 kronor. För en exempelklinik som tar emot 1 000 förlossningar per år beräknas kostnaden för en extra barnmorska att diagnostisera förlossningsbristningar till omkring 90 000 kronor och knappt 171 000 kronor om den extra utföraren är en specialistläkare.

Kostnaderna i Tabell 2 motsvarar på nationell nivå omkring 12 heltidsekvivalenter mätt i arbetstid när antalet vaginala förlossningar exklusive episiotomier är drygt 87 000 som det var år 2021. På den större förlossningskliniken blir det motsvarande omkring 24 arbetsveckor och för den mindre kliniken omkring 5 arbetsveckor.

Tabell 2. Personalkostnad för en extra utförare för att diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar. Schablonberäkning baserad på personalkostnader för barnmorska respektive specialistläkare.

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Personalkostnad per kvinna		
Barnmorska	117 kronor	
Specialistläkare	221 kronor	
Total personalkostnad nationellt*		Motsvarar omkring 12 heltidsekvivalenter
Barnmorska	10,2 miljoner	
Specialistläkare	19,3 miljoner	
Personalkostnad på kliniknivå		
Större klinik med 5 000 förlossningar		
Barnmorska	450 000	Motsvarar omkring 24 arbetsveckor
Specialistläkare	853 000	
Mindre klinik med 1 000 förlossningar		Motsvarar omkring 5 arbetsveckor
Barnmorska	90 000	
Specialistläkare	171 000	

*Beräknat utifrån antagandet om 87 387 vaginala förlossningar exklusive episiotomier år 2021 [1]

Diskussion

Kostnadsbeskrivningen utgår från två olika scenarion vid diagnostisering av förlossningsbristningar där det ena beskriver kostnaden om den extra utföraren är en barnmorska och det andra om det är en specialistläkare. I praktiken skulle kostnaden kunna ligga någonstans emellan dessa scenarion då diagnostiseringen kan utföras av båda yrkesgrupper. Socialstyrelsens statistik 2021 registrerade att cirka 3 procent av de vaginala förlossningarna hade bristningsgrad III eller IV [1] och merparten hade alltså bristningar av grad I–II eller inga bristningar. I den utsträckning den extra utföraren företrädesvis är barnmorska vid mindre allvarliga bristningar ligger troligen kostnaden för en extra utförare vid diagnostisering av förlossningsbristningar närmare kostnaden för barnmorska eftersom allvarligare bristningar är ovanligare.

Kostnaden baseras på den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska och specialistläkare för alla sektorer. Den verkliga lönekostnaden varierar mellan individer och mellan kliniker. Räkneexemplet inkluderar inte administrativa kostnader, lokalkostnader eller kostnader för utbildning av vårdpersonal.

Beräkningen av kostnaderna på nationell nivå för en extra utförare vid diagnostisering av förlossningsbristningar utgick ifrån Socialstyrelsens förlossningsstatistik från 2021. Antalet födande kvinnor varierar mellan år och därmed skulle den beräknade nationella kostnaden kunna vara högre eller lägre beroende på antalet vaginala förlossningar ett givet år.

Slutsatser

En extra utförare för att diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar innebär en kostnad på cirka 100 till 200 kronor per nyförlöst kvinna beroende på om den extra utföraren är en barnmorska eller läkare. På nationell nivå motsvarar det en arbetstidsåtgång på omkring 12 heltidsekvivalenter om momentet tar 15 minuter genomsnitt.

Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan för interventionen på kort sikt utan uppföljning. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma interventionens kostnadseffektivitet.

Id 7: Kontinuerligt stöd av en barnmorska

Sammanfattande bedömning

Kontinuerligt stöd av barnmorska i förlossningens aktiva fas och tills den är över kan ta en betydande andel av den totala arbetstiden i anspråk. Detta är

särskilt tydligt i nuläget då motsvarande 550 av 3 200 heltidstjänster, 17 procent, är vakanta. Enligt Socialstyrelsens kartläggning behövs det motsvarande mer än 800 heltidstjänster som enbart jobbar med denna rekommendation för att nå målet om kontinuerligt stöd 95 procent av årets alla timmar. Tillsättning av de vakanta tjänsterna beräknas kosta omkring 425 miljoner kronor. Om det därtill behövs en ytterligare personalförstärkning på 10 procent blir merkostnaden jämfört med nuläget närmare 700 miljoner kronor.

Det saknas nationellt underlag om i vilken utsträckning målsättningen uppfylls redan i dag och konsekvensbeskrivningen har därför utgått från två olika scenarier. Eftersom rekommendationen kan ta så stor del av den totala arbetstiden i anspråk behöver regioner och verksamhetschefer också gå igenom och granska övriga arbetsuppgifter som barnmorskor vid förlossningskliniker har. Detta för att göra bedömningar av eventuella undanträngningseffekter av den aktuella rekommendationen om den införs utan att förlossningsklinikens bemanning utökas respektive om det finns arbetsuppgifter som kan hanteras på annat sätt.

Metod

Flera tidigare arbeten ligger till grund för bedömningen av kostnadskonsekvenser av rekommendationen.

Socialstyrelsen publicerade år 2022 en kartläggning och analys utifrån förlossningsstatistik år 2020 som bland annat beskriver bemanningsbehov för olika grader av måluppfyllelse för kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska i förlossningens aktiva del [7]. Resultaten pekar på att det skulle behövas 362 heltidstjänster för barnmorskor i hela riket för att klara en målnivå där det under hälften av alla årets timmar finns en barnmorska som ger kontinuerligt stöd till varje födande kvinna som befinner sig i förlossningens aktiva fas just då. Om målnivån i stället är att det ska finnas kontinuerligt stöd av en barnmorska under 95 procent av alla årets timmar behövs det 873 heltidstjänster.

Analysen utgick från detaljerad förlossningsstatistik från landets 42 förlossningskliniker. Beräkningarna använde också uppgifter från vetenskapliga studier om observerad tid i aktiv fas för förstföderskor respektive omföderskor samt även uppdelat på spontan förlossning respektive igångsättning. Aktiv fas i studierna var definierat som när livmodermunnen är öppen 5 cm och schablontiden varierade i beräkningen mellan 3 och 8,5 timmar för de olika typerna och inducerad förlossning förväntades förlänga tiden i aktiv fas med 3 timmar för både förstföderskor och omföderskor.

Barnmorskor vid förlossningskliniker har även andra arbetsuppgifter såsom inskrivning eller insatser under öppningsskeden. Dessa moment ingår inte i analysen utan enbart tidsåtgång för åtgärden kontinuerligt stöd i aktiv fas. Rapporten kommenterar också att variationer i antalet förlossningar över dygnets timmar gör att bemanningsplanering vid förlossningskliniker behöver ta hänsyn till att en större personalstyrka behöver vara på plats för slumpmässiga händelser.

Socialstyrelsen hade i kartläggningen inte tillgång till mer detaljerade uppgifter om den faktiska bemanningen vid landets förlossningskliniker. Däremot fanns sammanställda resultat från en enkät till förlossningskliniker där flera svar lyfte behovet av en koordinatorsfunktion för att planera arbetet. Enkätsvaren från större förlossningskliniker lyfte behovet av ökad bemanning för att möta ett mål om en barnmorska under aktiv fas.

Under 2023 publicerade det Nationella vårdkompetensrådet tillsammans med Socialstyrelsen en rapport som drar slutsatsen att det inte är brist på utbildade barnmorskor [8]. Rapporten menar i stället att hälso- och sjukvården främst behöver stärka förutsättningar för att utbildade barnmorskor ska söka sig till och stanna kvar i förlossningsvården. Rapportens enkät svar från landets förlossningskliniker pekar på att den sjukhusbaserade vården där förlossningsvården ingår totalt efterfrågar 3 200 heltidstjänster i riket vilket vid genomsnittlig sysselsättningsgrad på 85 procent motsvarar 3 800 barnmorskor. Rapporten beräknar utifrån enkätsvaren att det saknas 550 barnmorskor i förlossningsvården idag.

Beräkningarna av kostnadskonsekvenser för rekommendationen redovisar två scenarier utifrån antaganden om hur stora satsningar som behövs jämfört med nuläget. Antagandena utgår från underlaget i Socialstyrelsens kartläggning från 2022 och Nationella vårdkompetensrådets slutsatser om att förlossningskliniker har vakanser att fylla.

- **Scenario 1:** Målet är att det 95 procent av årets timmar ska finnas en barnmorska per kvinna i aktiv fas vid landets förlossningskliniker. Eftersom förlossningskliniker har 550 vakanser kan förlossningskliniker endast nå målet om en barnmorska per kvinna i aktiv fas 50 procent av årets timmar. Måluppfyllelsen förutsätter därför en ökning i antalet barnmorskor motsvarande minst 511 ytterligare tillsatta heltidstjänster. Detta utifrån kartläggningens skattningar av antal heltidstjänster som behövs för att nå målen 95 procent respektive 50 procent, $873 - 362 = 511$)
- **Scenario 2:** Samma som scenario 1, men det krävs också att fler barnmorskor jobbar i förlossningsvården för att säkerställa att denna rekommendation inte tränger undan andra uppdrag som förlossningen har.

Förlossningsklinikerna behöver därför både fylla befintliga vakanser och även utöka den totala bemanningen med 10 procent. Detta motsvaras då utav 320 heltidstjänster utöver de som ingår i scenario 1. Tillsammans skulle det innebära att totalt 831 heltidstjänster behöver tillsättas.

Kostnadsberäkningarna har utgått från den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska på årsbasis vid heltidstjänst enligt Statistiska centralbyråns lönestatistik [4] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [5]. Resultaten presenteras först som totala kostnader på nationell nivå och sedan för exempel på tre större respektive tre mindre förlossningskliniker utifrån statistik 2020. Urvalet av dessa baserades på rapporterade förlossningar i Graviditetsregistret år 2020 och därmed samma statistikår som för Socialstyrelsens kartläggningsrapport. Sist presenteras beräkningarna för möjliga merkostnader jämfört med nuläget enligt scenario 1 och scenario 2.

Resultat

Resultatet för kostnadsberäkningarna för kontinuerligt stöd i aktiv fas för alla födande med spontan eller inducerad förlossning presenteras i Tabell 3. På nationell nivå skulle den totala kostnaden för måluppfyllelse hälften av årets alla timmar vara drygt 300 miljoner kronor och för att målet en födande kvinna en barnmorska ska uppnås 95 procent av årets timmar ökar kostnaden till nästan 730 miljoner kronor. Detta motsvaras av 362 respektive 873 heltidsanställda barnmorskor som enbart skulle jobba enligt rekommendationen.

Tabellen redovisar också resultat utifrån tre större (Danderyds sjukhus, Skånes universitetssjukhus Malmö och Uppsala Akademiska sjukhus) och tre mindre förlossningskliniker (Östersunds sjukhus, Hudiksvalls sjukhus och Värnamo sjukhus). Det rör sig om flera tiotal heltidstjänster för barnmorskor för att nå målet om att hälften av årets timmar uppfylla rekommendationen för de större förlossningsklinikerna med i det här fallet mellan 4 100 och 6 300 förlossningar. För de mindre förlossningsklinikerna med mellan 1 000 och 1 300 förlossningar motsvarar rekommendationen upp till tiotalet heltidsbarnmorskor för målet en barnmorska per födande kvinna i aktiv fas under 95 procent av årets timmar.

Resultaten i Tabell 3 är utgångspunkt för att beräkna merkostnader för scenario 1 och scenario 2. Med scenario 1, att hälso- och sjukvården under hälften av årets timmar möter målet om en barnmorska per födande kvinna i aktiv fas i nuläget medför rekommendationen att hälso- och sjukvården med tillsättning av vakanta tjänster når en tillräcklig bemanning för att nå rekommendationens mål under 95 procent av årets timmar. Detta under förutsättning att dessa oavkortat kan användas för att öka tillgången till en barnmorska under hela den aktiva fasen för den födande kvinnan.

Merkostnaden för rekommendationen blir då omkring 425 miljoner kronor på nationell nivå per år jämfört med nuläget.

Scenario 2 utgår från antagandet att en 95 procentig måluppfyllelse av rekommendationen inte kan genomföras genom att enbart fylla vakanta tjänster utan att tränga undan andra arbetsuppgifter. Om det behövs 10 procent fler barnmorskor, utöver de vakanta tjänsterna innebär det en tillkommande merkostnad på 267 miljoner kronor. Totalt jämfört med nuläget blir det närmare 700 miljoner kronor mer per år.

Tabell 3. Personalkostnad per år för kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över. Schablonberäkning baserad på personalkostnader för en barnmorska.

Intervention	Kostnad	Referens/kommentar
Måluppfyllelse, andel av årets timmar	Miljoner kronor	Motsvarar antal heltidstjänster)
Total personalkostnad nationellt		
50 procent	302	362
95 procent	727	873
Personalkostnad på sjukhusnivå		
Större förlossningskliniker, exempelvis Danderyds sjukhus, Skånes universitetssjukhus Malmö och Uppsala akademiska sjukhusb)		
50 procent	14–23	17–28
95 procent	27–47	33–56
Mindre förlossningskliniker, exempelvis Östersund, Hudiksvall och Värnamo^{c)}		
50 procent	1,6–5,0	2–6
95 procent	5,0–9,2	7–11

^{a)} Socialstyrelsens kartläggning och analys av förlossningsvården, [7] Bilaga 3, tabell 4.

^{b)} Antal förlossningar enligt Graviditetsregistrets statistik för 2020: Danderyds sjukhus (6 341), Skånes universitetssjukhus Malmö (5 176) och Uppsala akademiska sjukhus (4 139)

^{c)} Antal förlossningar enligt Graviditetsregistrets statistik för 2020: Östersunds sjukhus (1 271), Hudiksvall (1 209) och Värnamo (1 016)

Diskussion

Rekommendationen om kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska tills förlossningen är över kan ta en betydande del av arbetskraften vid landets

förlossningskliniker i anspråk. Konsekvensbeskrivningen hämtade underlag från Socialstyrelsens egen kartläggning utifrån mikrodata där olika många barn föds över årets dagar [7]. Om målet är att landets alla förlossningskliniker under 95 procent av årets timmar ska kunna svara upp mot rekommendationen så motsvarar det mer än 800 heltidstjänster för barnmorskor. Detta kan ställas i relation till de omkring 3 200 heltidstjänster som finns idag. Åtgärden motsvaras då också av att varje barnmorska under omkring en tredjedel av varje arbetspass gav kontinuerligt stöd till en kvinna i förlossningens aktiva fas.

Enligt Vårdkompetensrådets genomgång finns det motsvarande 550 vakanta heltidstjänster. Enbart insatsen kontinuerligt stöd tills förlossningen är över skulle alltså kunna ta mer än en fjärdedel av den totala arbetstiden för barnmorskor vid förlossningskliniker i anspråk. Eftersom 17 procent av tjänsterna är vakanta enligt Nationella vårdkompetensrådet innebär det att ungefär en tredjedel av den totala arbetstiden för de tjänster som är tillsatta skulle öronmärkas för åtgärden om den infördes idag. Regioner och verksamhetschefer behöver därför gå igenom och bedöma i vilken utsträckning födande kvinnor har kontinuerligt stöd under den aktiva fasen och tills förlossningen är över. Detta för att ha en tydlig referenspunkt för att avgöra om det finns ett gap i förhållande till målet. Genomgången bör också omfatta en bedömning av eventuella undanträngningseffekter som ett brett införande av den aktuella åtgärden men även om det finns arbetsuppgifter som kan hanteras på annat sätt för att frigöra resurser.

Eftersom det saknas nationellt underlag om i vilken utsträckning målsättningen uppfylls redan i dag har konsekvensbeskrivningen utgått från två olika scenarier. Scenario 1 omfattar tillsättning av vakanta tjänster och är en referenspunkt. Scenario 2 redovisar en beräkning som tar sin utgångspunkt i att ett brett införande av rekommendationen skulle tränga undan andra viktiga arbetsuppgifter för barnmorskor på förlossningskliniker även om alla vakanta tjänster tillsats.

En ökning av antalet barnmorskor på förlossningskliniker skulle sannolikt främst behövas de perioder på året då det föds många barn och på förlossningskliniker som idag har många vakanser. För mindre kliniker med färre än 1000 förlossningar per år kan det vara särskilt kostsamt att planera bemanning för att det alltid ska finnas tillgång till kontinuerligt stöd. Detta eftersom mindre kliniker har färre förlossningar per dag.

Vårdkompetensrådets rapport redovisar även underlag från enkäter till regioner, förlossningskliniker och barnmorskor. Barnmorskor tillfrågades om sin nuvarande arbetssituation och nöjdhet. Enkätsvaren pekade på att

barnmorskor som jobbade på förlossningskliniker var mindre nöjda med arbetstidens fördelning över dygnet och ansåg att de hade liten möjlighet att ge vård med kvalitet. En av slutsatserna från enkäten var också att barnmorskor på förlossningskliniker angav hög arbetsbelastning som en anledning till att arbeta deltid. En tredjedel av de svarande angav också att de arbetade övertid varje vecka.

Slutsatser

Kontinuerligt stöd av barnmorska i förlossningens aktiva fas och tills den är över kan ta en betydande andel av den totala arbetstiden vid förlossningskliniker i anspråk. Detta är särskilt tydligt i nuläget då motsvarande 550 av 3200 heltidstjänster, 17 procent, är vakanta. Enligt Socialstyrelsens kartläggning behövs det motsvarande mer än 800 heltidstjänster som enbart arbetar med denna rekommendation för att nå målet om kontinuerligt stöd 95 procent av årets alla timmar. Eftersom inducering av förlossning leder till längre tid i aktiv fas skulle en fortsatt trend med ökad andel induktion innebära att ytterligare bemanningsbehov utöver beräkningarna som presenteras här. Verksamhetschefer i regioner med högre eller ökande andel induktion behöver därför ta hänsyn till det vid bemanning av förlossningskliniker.

Eftervård

Rekommendationer till mödrahälsovården och förlossningsvården

Id	För patienter som ...	Rekommendation	Prioritet
11	har besvär efter förlossningen	Bedöm vårdbehovet i mödrahälsovården.	1
12	har bäckenbottenbesvär efter förlossningen och behöver vidare utredning och behandling	Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.	1
13	nyligen har fött barn	Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården: Följ upp förlossningen hälsotillståndet hos den som fött barn strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från BB.	2

Id	För patienter som ...	Rekommendation	Prioritet
14	nyligen har fött barn och har förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi)	Låt en barnmorska eller en läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset.	4

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om eftervård

För en god kontinuitet kan uppföljningen med fördel utföras av den barnmorska som patienten har träffat under graviditeten. Det är då barnmorskan som bör kalla till uppföljningen, som kan utföras via telefon, digitalt möte, hembesök eller på barnmorskemottagningen. Uppföljningen bör vara individuellt anpassad och bör inkludera

- uppföljning av fysisk och psykisk återhämtning efter förlossningen
- uppföljning av förlossningsupplevelsen, fysiska komplikationer, bristningar och operationsärr
- uppföljning av amning
- skriftlig information om vart patienten kan vända sig vid besvär.

Strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB i form av ett telefonsamtal från barnmorska innebär en kostnad på knappt 200 kronor per kvinna och omkring 26,4 miljoner kronor på nationell nivå. Detta motsvaras av cirka 17 heltidsanställda barnmorskor om varje telefonkontakt och journalföring tar 30 minuter och det sker omkring 113 000 förlossningar.

Det är också viktigt att erbjuda kvinnor med vaginala förlossningar en kontroll av förlossningsbristningar före hemgången från BB. Socialstyrelsen bedömer att åtgärden kan vara aktuell efter 82 procent av alla vaginala förlossningar utifrån statistik om förlossningsbristningar. År 2021 skulle det motsvara 76 000 förlossningar. Den totala kostnaden på nationell nivå beräknas till omkring 17,7 miljoner kronor.

Id 12: Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär

Sammanfattande bedömning

Bäckenbottenbesvär efter förlossning inkluderar både kortvariga och långvariga besvär, såsom smärta, inkontinens, tarmtömningssvårigheter,

framfall, smärttillstånd och sexuella problem som exempelvis orsakats av en förlossningsbristning. Dessa besvär kan i sin tur påverka den fysiska och psykiska hälsan. Socialstyrelsens rekommendation syftar till att säkerställa att personer med bäckenbottenbesvär efter förlossning har tillgång till multiprofessionell expertis för att bedömning, behandling och uppföljning. För många kvinnor kan det ta upp till ett år eller mer att rehabilitera sin bäckenbotten och den multiprofessionella expertisen bör finnas tillgänglig så länge det finns behov.

Det saknas nationella data över hur många kvinnor som har bäckenbottenbesvär efter sin förlossning eftersom kvinnor med bristningsgrad II inte dokumenteras på samma sätt som bristningsgrad III och IV. Socialstyrelsen har därför använt ett räkneexempel för att beskriva kostnader utifrån antagande om förekomst och innehåll i åtgärden. Merkostnaden för hälso- och sjukvården att arbeta enligt rekommendationen beror då också på i vilken utsträckning kvinnor med bäckenbottenbesvär redan får bedömning, behandling och rehabilitering.

Den förväntade genomsnittliga personalkostnaden per kvinna med bäckenbottenbesvär beräknas till omkring 900 kronor för besök till specialistläkare och omkring 1 500 kronor för besök till fysioterapeut, vilket resulterar i en total kostnad på cirka 2 400 kronor per kvinna. Socialstyrelsen har i sina beräkningar utgått från två scenarier där omkring 9 000 respektive drygt 10 000 kvinnor har bäckenbottenbesvär efter förlossning och behöver behandlingsinsatser. Åtgärderna skulle då kosta mellan 15,8 miljoner kronor och 18,4 miljoner kronor på nationell nivå.

Metod

Tvärprofessionellt samarbete är av stor betydelse för gott omhändertagande av kvinnor med bäckenbottenbesvär efter förlossning. Det saknas aktuella uppgifter om hur många kvinnor som är i behov av bäckenbottenbehandling efter förlossning. Kostnadsberäkningarna bygger därför på antaganden om hur vanligt det är att kvinnor har behov behandling för bäckenbottenbesvär efter förlossning.

Beräkningarna utgår från att merparten av kvinnor med bristningar av grad III och IV behöver åtgärden. Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas har andelen kvinnor med bristningar av grad III och IV har minskat det senaste decenniet från 3,5 procent till 2,5 procent. År 2021 registrerades sammanlagt 2 349 bristningar av grad III och IV i Socialstyrelsens förlossningsregister [1].

Det saknas motsvarande heltäckande nationella registerdata över andel kvinnor förlossningsbristningar av grad II. Mer än hälften av landets förlossningskliniker rapporterar dock uppgifter till GynOp-registret även om rapporteringsgraden avseende bristningar av grad II varierar. Socialstyrelsen använde därför i två scenarier utifrån uppgifter baserade på den senast rapporterade statistiken från Akademiska sjukhuset i Uppsala respektive ett genomsnitt av de 11 sjukhus med hög rapportering av bristningar i förhållande till antal vaginala förlossningar, 39 procent respektive 31 procent ([9], figur 4). Årsrapporten redovisar också att även om kvarstående problem efter ett år är vanligare vid bristning av grad III och IV (30 procent respektive 50 procent) förekommer detta även hos kvinnor med bristning av grad II. GynOp-registret rapporterade att omkring 15 procent av de kvinnor som fött barn år 2021 och hade bristning av grad II också hade kvarstående problem med gas- eller avföringsinkontinens ett år efter förlossningen ([9], figur 1).

År 2021 var det totalt cirka 76 000 vaginala förlossningar. Beräkningarna utgår ifrån att mellan 9 000 och 10 000 av dessa kan vara aktuella för rekommendationen varav då drygt 2 300 hade bristningar av grad III eller IV och de flesta utgörs av kvinnor med bristning av grad II utifrån att även en betydande andel av dessa har kvarstående problem. Totalt skulle det handla om mellan 7,2 procent 8,4 procent av alla vaginala förlossningar som är aktuella för åtgärden.

Den multiprofessionella behandlingen kan ges av fysioterapeuter, läkare, barnmorskor och/eller andra relevanta yrkesgrupper, exempelvis uroterapeut. I samråd med projektledningens expertgrupp antar beräkningarna att kostnaderna för den multiprofessionella behandlingen i genomsnitt motsvaras av ett läkarbesök samt fyra besök hos fysioterapeut. För varje besök antas en genomsnittlig besökstid om en timme inklusive journalföring. Tiden för uppföljningen har prissatts utifrån den genomsnittliga lönekostnaden för en specialistläkare respektive fysioterapeut enligt Statistiska centralbyråns lönestatistik [4] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [5].

Kostnaderna per kvinna kan skalas upp för kostnadsberäkningar för exempelvis en klinik eller region utifrån antalet vaginala förlossningar. Socialstyrelsen redovisar resultaten som kostnad på nationell nivå och utifrån exempelkliniker som tar emot 1 000 (mindre klinik) respektive 5 000 (större klinik) födande kvinnor. Resultaten redovisas också som arbetstid uttryckt som heltidsekvivalenter för dessa nivåer.

Resultat

Den beräknade personalkostnaden för multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering vid bäckenbottenbesvär efter förlossning presenteras i Tabell 4. Den förväntade genomsnittliga personalkostnaden per kvinna med bäckenbottenbesvär beräknas till omkring 900 kronor för besök till specialistläkare och omkring 1 500 kronor för besök till fysioterapeut, vilket resulterar i en total kostnad på cirka 2 400 kronor per kvinna. Utifrån antagandet om att mellan 9 000 och 10 000 kvinnor skulle vara aktuella för behandlingen, beräknas den totala kostnaden på nationell nivå till mellan 15,8 miljoner kronor och 18,4 miljoner kronor.

För en förlossningsklinik som tar emot 5 000 gravida per år och under antagandet att omkring tre procent skulle vara aktuella för bäckenbottenbehandling beräknas kostnaden till mellan 860 000 kronor och 1 miljon kronor för besök hos specialistläkare och fysioterapeut för behandling vid bäckenbottenbesvär. För en exempelklinik som har 1 000 förlossningar per år beräknas motsvarande kostnader till 24 000 kronor för besök hos specialistläkare och 42 000 kronor för besök hos fysioterapeut. Detta motsvarar en total personalkostnad på omkring 66 000 kronor.

Kostnaderna i Tabell 4 motsvarar på nationell nivå mellan fem och sex heltidstjänster för läkare samt mellan 20 och 23 heltidstjänster för fysioterapeuter mätt i arbetstid. På den större förlossningskliniken blir det motsvarande 9 till 11 arbetsveckor för läkare och 36 till 42 arbetsveckor för fysioterapeut och för den mindre kliniken omkring 2 arbetsveckor för läkare och 7 till 8 arbetsveckor för fysioterapeuter.

Tabell 4 .Personalkostnad för multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering vid bäckenbottenbesvär efter förlossning. Schablonberäkning baserad på personalkostnader för specialistläkare respektive fysioterapeut utifrån att mellan 9 000 och 10 000 kvinnor behöver insatsen per år.

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Personalkostnad per kvinna		
Specialistläkare	884 kronor	
Fysioterapeut	1 501 kronor	
Totalt	2 385 kronor	
Total personalkostnad nationellt*		

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Specialistläkare	5,9–6,8 miljoner	Motsvarar 5–6 heltidsekvivalenter
Fysioterapeut	10,0–11,6 miljoner	Motsvarar 20–23 heltidsekvivalenter
Totalt	15,8–18,4 miljoner	
Personalkostnad på kliniknivå		
Större klinik med 5 000 förlossningar		
Specialistläkare	122 000	Motsvarar 9–11 arbetsveckor
Fysioterapeut	208 000	Motsvarar 36–42 arbetsveckor eller knappt 1 heltidsekvivalent
Totalt	330 000	
Mindre klinik med 1 000 förlossningar		
Specialistläkare	24 000	Motsvarar omkring 2 arbetsveckor
Fysioterapeut	42 000	Motsvarar 7–8 arbetsveckor
Totalt	66 000	

Diskussion

Kostnadsberäkningarna syftar till att ge en bild över det totala kostnaderna för åtgärden erbjuds kvinnor med bäckenbottenbesvär efter förlossning. Regioner och kliniker som redan delvis eller helt arbetar i linje med rekommendationen får en mindre eller ingen kostnadsökning. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma kostnadseffektiviteten av att erbjuda större grupper multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering jämfört med nuläget där det hittills inte funnits samma uppmärksamhet för besvär hos kvinnor med bristning av grad II.

Det saknas nationell statistik som fångar antalet kvinnor som är i behov av behandling av bäckenbottenbesvär efter förlossning. Kostnadsexemplet baseras på antagandet att kvinnor med bristningsgrad III och IV samt omkring 15 procent av kvinnor med bristningsgrad II är aktuella för rekommendationen. Antagandet kan innebära att det faktiska behovet över- eller underskattas. Uppgifter kring antalet kvinnor med bristningsgrad II och svar på frågor om kvarstående problem bygger på frivillig inrapportering

från förlossningskliniker till GynOp-registret. Det går inte att avgöra om de sjukhus som rapporterar in data är representativa för Sverige som helhet och det föreligger även betydande skillnader mellan sjukhus med hög rapporteringsgrad.

Det kan också vara svårt att avgöra tidigt efter förlossningen vem som kommer att ha bestående bäckenbottenbesvär efter ett år. Det betyder att insatsen kan behöva riktas till en betydligt större andel än den andel som kostnadsberäkningarna utgick ifrån, det vill säga de 15 procent av kvinnor med bristningsgrad II som idag anger att de har bestående problem efter ett år. Detta innebär att de beräknade kostnaderna för behandling vid bäckenbottenbesvär kan vara underskattade.

Kostnadsexemplet utgick från antagandet om bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär hos läkare och fysioterapeut. Den multiprofessionella behandlingen kan även ges av barnmorskor och/eller andra relevanta yrkesgrupper, exempelvis uroterapeut. Andra sammansättningar eller kombinationer av yrkesgrupper i den multiprofessionella behandlingen skulle kunna leda till att kostnaderna ser annorlunda ut. Detta gäller också om omfattningen på insatsen, i räkneexemplet motsvarande fem besök som motsvarar 1 timme inklusive journalföring. Behovet av behandling varierar på individnivå och olika professioner kan vara involverade beroende på besvärens karaktär. Rekommendationen innebär också att om viss expertis saknas lokalt bör det finnas fördefinierade remissvägar för att säkerställa tillgång till åtgärderna.

Slutsatser

Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering vid bäckenbottenbesvär efter förlossning innebär en kostnad på knappt omkring 2 400 kronor per kvinna och mellan 15,8 miljoner kronor och 18,4 miljoner kronor på nationell nivå. Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan för interventionen på kort sikt utan uppföljning. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma interventionens kostnadseffektivitet.

Id 13: Tidig uppföljning och id 11: Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården

Sammanfattande bedömning

En strukturerad uppföljning efter hemgång från förlossning/BB i form av ett telefonsamtal där barnmorskan ringer upp skulle innebära en kostnad på omkring 200 kronor per nyförlöst kvinna i genomsnitt. Beräkningen bygger

på att tidsåtgången för detta inklusive journalföring är 30 minuter. Detta skulle år 2021 med 113 000 förlossningar motsvara 32 heltidsanställda barnmorskor på nationell nivå.

Rekommendation om den strukturerade uppföljningen gäller alla kvinnor som förlösts. För kvinnor med besvär efter förlossningen behöver det dessutom finnas utrymme att under månaderna efter förlossningen kontakta mödrahälsovården för bedömning och vid behov remittering till annan vårdinstans.

Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan under antagandet att regionerna inte redan har strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB. Regioner som redan erbjuder strukturerad uppföljning på detta sätt får inte ökade kostnader. Det saknas vetenskapliga studier som belyst frågeställningen och rekommendationen vilar på konsensus. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma kostnadseffektiviteten för åtgärden.

Metod

Kostnadsbeskrivningen avser strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB. I åtgärdsbeskrivningen anges att uppföljningen kan utföras via telefon, digitalt, hembesök eller på barnmorskemottagningen och att initiativet till uppföljningen bör tas av barnmorskan. Beräkningen av merkostnader riktar sig till kliniker som inte redan använder strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB. Kostnaden beror också på antalet förlossningar och beräkningar utgår från Socialstyrelsens statistik för år 2021, 113 192 förlossningar [1].

I samråd med projektledningens expertgrupp utgår kostnadsberäkningen utifrån antagandet att uppföljningen utförs via telefon av en barnmorska och att det tar 30 minuter inklusive journalföring per nyförlöst kvinna. Tiden för uppföljningen har prissatts utifrån den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska enligt Statistiska centralbyråns lönestatistik [4] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [5].

Kostnaderna per nyförlöst kvinna kan skalas upp för kostnadsberäkningar för exempelvis en klinik eller region utifrån antalet förlossningar. Socialstyrelsen redovisar resultaten som kostnad på nationell nivå och utifrån exempelkliniker som tar emot 1 000 (mindre klinik) respektive 5 000

(större klinik) födande kvinnor. Resultaten redovisas också som arbetstid uttryckt som heltidsekvivalenter för dessa nivåer.

Resultat

Tabell 5 sammanställer förväntad genomsnittlig personalkostnad för strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB. Denna kostnad beräknas till omkring 200 kronor per nyförlöst kvinna vilket för år 2021 då skulle motsvara omkring 26,4 miljoner kronor och motsvara omkring 32 heltidsanställda barnmorskors arbete på nationell nivå.

För en exempelklinik med 5 000 förlossningar per år beräknas personalkostnaden för strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB till nästan 1,2 miljoner kronor eller 1,4 heltidsekvivalenter. För en exempelklinik som tar emot 1 000 förlossningar per år beräknas motsvarande personalkostnad till drygt 230 000 kronor vilket motsvarar omkring 13 arbetsveckor.

Tabell 5 Personalkostnad för strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB. Schablonberäkning baserad på personalkostnader för barnmorska.

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Personalkostnad per kvinna		
Barnmorska	233	
Personalkostnad nationellta)		
Barnmorska	26,4 miljoner	Motsvarar omkring 32 heltidsekvivalenter
Personalkostnad kliniknivå		
Större klinik (5 000 förlossningar)b)		Motsvarar omkring 1,4 heltidsekvivalent
Barnmorska	1 166 000	
Mindre klinik (1 000 förlossningar)b)		Motsvarar omkring 13 arbetsveckor
Barnmorska	233 000	

a) Beräknat utifrån uppgifter om totalt 113 192 förlossningar år 2021 [1].

b) Samtliga förlossningar oavsett förlossningssätt.

Diskussion

Kostnadsexemplet beskriver kostnader för strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB som utförs via telefon av barnmorska.

Det saknas vetenskapliga studier som undersökt effekten av åtgärden men Socialstyrelsens systematiska inhämtning av beprövad erfarenhet stöder att åtgärden kan leda till tidig identifiering av fysiska och psykiska besvär samt amningsproblem. Åtgärden kan också bidra till en ökad känsla av trygghet och att vård ges på rätt nivå. Det betyder sammantaget att åtgärden kan medföra en ökning av andra tidigt insatta eller förebyggande vårdinsatser som inte ingår i kostnadsberäkningarna här. De totala kostnaderna kan därmed vara underskattade.

Samtidigt kan åtgärden också förekomma och eventuellt minska vårdsökande vid andra instanser. Det går exempelvis inte att säga i vilken utsträckning den strukturerade uppföljningen av alla nyförlösta skulle kunna påverka antalet besök på akutmottagning efter hemgång. En studie utifrån Region Stockholm år 2013 fann att 12 procent av alla nyförlösta besökte akutmottagning inom 30 dagar efter hemgång och då framför allt under de första 10 dagarna. Knappt 3 procent besökte akutmottagningen mer än en gång [10]. Studien visade också att kvinnor med bristningar av grad III och IV, kejsarsnitt och assisterad förlossning i större utsträckning besökte akutmottagningen. Författarna drog slutsatsen att en del av akutbesöken i studien hade kunnat undvikas om nyförlösta fått ett tidigt och strukturerat stöd från mödrahälsovården. Det saknades dock tillräcklig information för att ange hur stor andel som hade kunnat hanteras på annan vårdnivå eller på annat sätt undvikas. Det är svårt att säga något om hur den totala vårdkonsumtionen kommer att förändras av åtgärden, men det kan ske en viss förskjutning från akuta besök till planerade. Det är därför viktigt att mödrahälsovården säkrar att man har kapacitet för en eventuell ökning av antalet planerade besök.

Kostnaden baseras på den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska för alla sektorer. Den verkliga lönekostnaden varierar mellan individer och mellan kliniker. Räkneexemplet inkluderar inte administrativa kostnader, lokalkostnader eller kostnader för utbildning av vårdpersonal.

Beräkningarna av kostnaderna på nationell nivå utgick ifrån Socialstyrelsens förlossningsstatistik från 2021. Antalet födande kvinnor varierar mellan år och därmed skulle den beräknade totala kostnaden kunna vara högre eller lägre beroende på antalet födande.

Slutsatser

Strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning/BB i form av ett telefonsamtal från barnmorska innebär en kostnad på knappt 200 kronor per kvinna och omkring 26,4 miljoner kronor på nationell nivå. Detta motsvaras av cirka 17 heltidsanställda barnmorskor om varje telefonkontakt och journalföring tar 30 minuter och det sker omkring 113 000 förlossningar.

Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan för interventionen på kort sikt utan uppföljning. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma interventionens kostnadseffektivitet.

Id 14: Kontroll av förlossningsbristningar och klipp

Sammanfattande bedömning

Konsekvensbeskrivningen av kontroll av förlossningsbristningar inkluderar nyförlösta kvinnor med bristning av grad I-II. Detta med utgångspunkt i att kvinnor med allvarigare bristning (grad III-IV) redan omfattas av åtgärden inom ramen gällande riktlinjer. Beräkningarna bygger på att åtgärden utförs av barnmorska.

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden kan vara aktuell efter 82 procent av alla vaginala förlossningar utifrån statistik om förlossningsbristningar. År 2021 skulle det motsvara 76 000 förlossningar. Kostnaden för kontroll med individualiserad information innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhus beräknas till omkring 200 kronor per nyförlöst kvinna givet att kontrollen sker hos barnmorska. Den totala kostnaden på nationell nivå beräknas till omkring 17,7 miljoner kronor.

Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan under antagandet att regionerna inte redan erbjuder kontroll av förlossningsbristningar av grad I-II innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhus. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma kostnadseffektiviteten av denna åtgärd.

Metod

Kostnadsbeskrivningen utgår från nyförlösta kvinnor med förlossningsbristning som är aktuella för kontroll och individualiserad information innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhus. Baserat

på Socialstyrelsens statistik från 2021 beräknades 92 180 kvinnor ha genomgått en vaginal förlossning och av dessa registrerades 2 349 (3 procent) med en bristning av grad III eller IV. Vanligtvis stannar kvinnor med bristning av grad III eller IV kvar längre på sjukhus för BB-vård, vilket brukar inkludera uppföljning av förlossningsbristning och individualiserad information [11]. En konsekvensbeskrivning av Socialstyrelsens rekommendation beskrivs därför enbart för kvinnor med bristning av grad I eller II eftersom det kan antas att kvinnor med allvarligare bristning redan omfattas av åtgärden.

I graviditetsregistret och i Socialstyrelsens statistik om bristning vid förlossningar rapporteras enbart antalet kvinnor med bristningsgrad III och IV. Resten av kvinnorna som genomgått en vaginal förlossning består av de som fått en förlossningsbristning av grad I eller II samt de som inte fått någon bristning alls. Eftersom enbart kvinnor med förlossningsbristning omfattas av åtgärden exkluderas kvinnor utan förlossningsbristning. Andelen utan förlossningsbristning finns inte rapporterat i graviditetsregistret, men enligt projektledningens expertgrupp uppskattas att omkring 85 procent av alla vaginala förlossningar leder till någon form av bristning. Baserat på detta antagande tillsammans med den rapporterade andelen med bristning av grad III eller IV (3 procent) uppskattas andelen vaginala förlossningar som leder till en bristning av grad I eller II till 82 procent. Utifrån antagandet om totalt 92 180 vaginala förlossningar per år baserat på statistik från Socialstyrelsen från 2021 [1], resulterar det i omkring 76 000 förlossningar med bristningsgrad I-II.

Åtgärden innefattar kontroll av bristning samt individualiserad information av barnmorska eller läkare innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhus. Eftersom konsekvensbeskrivningen enbart inkluderar nyförlösta kvinnor med bristning av grad I eller II då de flesta med allvarligare bristningsgrad förväntas redan omfattas av åtgärden, antas kontrollen ske hos barnmorska. Kostnadsberäkningarna har utgått från kostnaden för den tid som en barnmorska behöver lägga på att kontrollera förlossningsbristningen samt ge individualiserad information. Efter samråd med projektledningens expertgrupp utgår beräkningarna från att åtgärden i genomsnitt tar 30 minuter inklusive journalföring. Tiden för besöket har prissatts utifrån den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska enligt Statistiska centralbyråns lönestatistik [4] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [5].

Exemplet beräknar kostnaderna per kvinna med förlossningsbristning av grad I eller II. Kostnadsberäkningar presenteras även på nationell nivå och

utifrån exempelkliniker som tar emot 1 000 (mindre klinik) respektive 5 000 (större klinik) födande kvinnor.

Resultat

Förväntad genomsnittlig personalkostnad per nyförlöst kvinna för kontroll av förlossningsbristning av grad I-II innan hemgång från förlossning eller vid återbesök på sjukhus sammanställs i Tabell 6. Denna kostnad beräknas till omkring 200 kronor per nyförlöst kvinna. Den totala kostnaden på nationell nivå beräknas till omkring 17,7 miljoner kronor.

För en exempelklinik som tar emot 5 000 förlossningar per år beräknas kostnaden för kontroll hos barnmorska för förlossningsbristningar av grad I-II till omkring 783 000 kronor per år. Motsvarande kostnad för en exempelklinik som tar emot 1 000 förlossningar per år beräknas till nästan 157 000 kronor.

Tabell 6. Personalkostnad för kontroll av bristning samt individualiserad information innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset. Kostnadsbeskrivning som inkluderar kvinnor med förlossningsbristning av grad I-II. Schablonberäkning baserad på personalkostnader för barnmorska.

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Personalkostnad per kvinna		
Barnmorska	233	
Personalkostnad nationell nivåa)		Motsvarar omkring 21 heltidsekvivalenter
Barnmorska	17,7 miljoner	
Personalkostnad på klinikknivå		
Större klinik (5 000 förlossningar)b)		Motsvarar 1,4 heltidsekvivalenter
Barnmorska	783 000	
Mindre klinik (1 000 förlossningar)b)		Motsvarar knappt 13 arbetsveckor
Barnmorska	157 000	

a) Antagande omkring 76 000 förlossningar utifrån att andelen vaginala förlossningar som leder till bristningsgrad I-II är 82 procent och totalt 92 180 vaginala förlossningar år 2021 [1].

b) Antagande om samma andel vaginala förlossningar och andel med bristning av grad I och II som på nationell nivå.

Diskussion

Kostnadsbeskrivningen utgår från kontroll av bristning av grad I och II samt individualiserad information innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhus som utförs av barnmorska. Kostnaderna skulle bli högre om åtgärden inte avgränsas till kvinnor med bristning av grad I och II. Detta skulle vara fallet om även kvinnor med förlossningsbristning av grad III och IV inte redan får motsvarande insats eller om åtgärden även skulle omfatta nyförlösta kvinnor utan förlossningsbristning. Kostnaden per nyförlöst kvinna blir också högre om kontrollen ges av läkare.

Kostnaden baseras på den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska för alla sektorer. Den verkliga lönekostnaden varierar mellan individer och mellan kliniker. Räkneexemplet inkluderar inte administrativa kostnader, lokalkostnader eller kostnader för utbildning av vårdpersonal.

Beräkningen av kostnaderna på nationell nivå utgick ifrån Socialstyrelsens förlossningsstatistik från 2021 och antagande i samråd med projektledningens expertgrupp om andelen kvinnor med någon form av förlossningsbristning. Antalet födande kvinnor varierar mellan år och därmed skulle den totala kostnaden kunna vara högre eller lägre beroende på antalet födande.

Slutsatser

Kostnaderna för kontroll av förlossningsbristningar samt individualiserad information innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset innebär en kostnad på omkring 200 kronor per kvinna om åtgärden utförs av en barnmorska. Denna uppföljning av omkring 76 000 nyförlösta kvinnor enligt 2021 års statistik motsvarar arbetstid för omkring 21 heltidsanställda barnmorskor på nationell nivå.

Konsekvensanalysen omfattar en beskrivning av budgetpåverkan för interventionen på kort sikt utan uppföljning. Det återstår att följa upp hälsovinster och kostnadspåverkan på längre sikt för att bedöma interventionens kostnadseffektivitet.

Psykisk ohälsa

Rekommendationer till mödrahälsovården och förlossningsvården

Id	För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har ...	Rekommendation	Prioritet
15	psykisk sjukdom, och behöver vård från flera instanser	Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatrin, primärvården och barnhälsovården.	1
16	misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa	Säkerställ tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling.	4
17	misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa	Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog).	5

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om psykisk ohälsa

Enligt graviditetsregistret fick nästan 1 av 10 gravida någon insats för psykisk ohälsa år 2021 i Sverige och andelen varierade något mellan regionerna. Socialstyrelsens bedömer att betydligt fler kan behöva stöd. Hälso- och sjukvården behöver därför avsätta mer resurser till att erbjuda multiprofessionell bedömning och behandling av psykisk ohälsa bland gravida och nyförlösta. Hur stora dessa kostnadsökningar blir beror dels på hur väl behoven tillgodoses i dagsläget, dels på hur stor den faktiska förekomsten av ohälsa är bland gravida.

Multiprofessionell bedömning och behandling inom ramen för mödrahälsovården skulle i ett illustrativt exempel motsvara personalkostnader på omkring 1400 kronor per gravid kvinna med psykisk ohälsa. En svensk studie fann att 14 procent av alla gravida hade någon form av psykisk ohälsa. Ökade multiprofessionella insatser till 5 700 fler gravida med psykisk ohälsa (14 procent i stället för 9 procent) motsvarar en merkostnad för personal på mellan 7 och 8 miljoner kronor i riket. Om förekomsten vore dubbelt så stor, 28 procent, blir den totala kostnaden omkring 40 miljoner kronor för att ytterligare drygt 21 000 gravida får insatsen jämfört med idag.

Id 16: Multiprofessionellt arbetssätt och id 17: Konsultation av psykolog

Sammanfattande bedömning

Konsekvensbeskrivningen utgår i ett illustrativt exempel från två scenarier med olika förekomst av psykisk ohälsa bland gravida eftersom det saknas aktuella uppgifter om hur vanligt tillståndet är. Dessutom pekar graviditetsregistret på att det finns skillnader i mödrahälsovårdens insatser mellan och inom regioner idag.

Behandlingskostnaden för samtalsterapi beräknades utifrån tidsåtgång två besök hos psykolog eller kurator samt ett extra besök hos barnmorska. Detta inkluderar också tid för dokumentation och regelbundna konsultationer mellan professioner. Beroende på regionens organisation av mödrahälsovården, exempelvis om den ingår i hälsovalet, behöver hälso- och sjukvården se över att förutsättningar för ett multiprofessionellt samarbete. Detta kan exempelvis vara en mellan mödrahälsovården och primärvården. Om viss expertis saknas lokalt bör det finnas fördefinierade remissvägar.

Multiprofessionell bedömning och behandling inom ramen för mödrahälsovården skulle i det illustrativa exemplet motsvara personalkostnader på omkring 1400 kronor per gravid kvinna med psykisk ohälsa. I ett scenario där 14 procent av alla gravida har psykisk ohälsa utifrån en tidigare svensk studie motsvarar detta en total personalkostnad på mellan 19,5 och 21,6 miljoner kronor i riket. Om förekomsten vore dubbelt så stor, 28 procent, blir kostnaden omkring 40 miljoner kronor.

Enligt graviditetsregistret fick 9 procent av gravida i riket insatser för psykisk ohälsa år 2021. Socialstyrelsen bedömer därför att regioner och mottagningar i mödrahälsovården behöver avsätta mer resurser till att erbjuda multiprofessionell bedömning och behandling av psykisk ohälsa. Hur stora dessa kostnadsökningar blir beror dels på hur väl behoven tillgodoses i dagsläget, dels på hur stor den faktiska förekomsten av ohälsa är bland gravida.

Socialstyrelsens räkneexempel presenterar även resultaten omräknat för en mindre mottagning med 200 gravida per år och för en större mottagning med 800 gravida per år. Se vidare den fördjupade konsekvensanalysen.

Metod

En SBU-rapport från 2021 uppskattar att depressionssjukdomar eller förstämningssyndrom förekommer hos mellan 10 och 20 procent av alla

gravida eller nyblivna mödrar i Sverige [12]. Psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Det saknas aktuella studier över förekomst av psykisk ohälsa bland gravida men en svensk studie från 2006 rapporterade att 14 procent (220 av 1550 inkluderade gravida) hade en psykiatrisk diagnos [13]. Graviditetsregistret redovisar uppgifter om andelen som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten, där behandling kan vara medicinsk, psykologisk eller en kombination. År 2021 var denna andel cirka 9 procent i riket, med en regional variation på mellan 6 procent i Västra Götaland och 13 procent i Uppsala [6].

Kostnadsbeskrivningen är ett räkneexempel som illustrerar förväntade personalkostnader för regionerna om åtgärden om multiprofessionell behandling består av två besök hos kurator eller psykolog samt ett extra besök hos barnmorska. Beräkningen omfattar personalkostnader per yrkesgrupp för behandling av psykisk ohälsa bland gravida men inkluderar inte lokalkostnader eller andra påslag. Arbetstiden har prissatts utifrån den genomsnittliga lönekostnaden för en barnmorska respektive psykolog och kurator enligt Statistiska centralbyråns lönestatistik [4] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [5]. Varje besök inklusive dokumentation antogs omfatta en timme och inkluderar tid för regelbunden konsultation mellan professioner.

- Ett första scenario som antar att 14 procent av gravida är i behov av åtgärden och utifrån att graviditetsregistret rapporterar att 9 procent av gravida får insatser för psykisk ohälsa skulle det innebära att ytterligare 5 procentenheter av de gravida behöver insatser för psykisk ohälsa.
- Ett andra scenario beräknar personalkostnaderna för behandling av psykisk ohälsa vid graviditet om förekomsten av psykisk ohälsa är dubbelt så stor som i den tidigare svenska studien, eller motsvarande 28 procent av alla gravida. Detta motsvarar då en ökning med 19 procentenheter av de gravida.

Resultaten presenteras som kostnader per gravid kvinna med psykisk ohälsa. På så vis kan kostnader för exempelvis en barnmorskemottagning eller region beräknas utifrån antalet gravida med psykisk ohälsa. Kostnadsberäkningar presenteras även på nationell nivå och utifrån exempelmottagningar som tar emot 200 (mindre enhet) respektive 800 (större enhet) gravida kvinnor.

Resultat

Tabell 7 sammanställer förväntad genomsnittlig personalkostnad vid behandling för psykisk ohälsa bland gravida. Behandlingskostnaden per gravid kvinna beräknas till cirka 900 kronor vid besök hos psykolog och till omkring 800 kronor vid besök hos kurator. Kostnaden för ett extra samtal

med barnmorska beräknas till cirka 500 kronor per kvinna. För år 2021 då det var omkring 113 000 förlossningar skulle den totala kostnaden i Sverige för att behandla 14 procent av de gravida (cirka 15 800 kvinnor) för psykisk ohälsa vara mellan 12,2 och 14,2 miljoner kronor, beroende på om behandling sker hos kurator eller psykolog. Motsvarande kostnad för ett extra samtal med barnmorska beräknas till omkring 7,4 miljoner kronor. Den sammanlagda kostnaden för multiprofessionell bedömning och behandling skulle då vara mellan 19,5 och 21,6 miljoner kronor för riket. Detta motsvarar en merkostnad på mellan 7 och 7,7 miljoner kronor utifrån att 9 procent har insatser för psykisk ohälsa nuläget.

Tabell 7. Personalkostnad för behandling för psykisk ohälsa bland gravida. Schablonberäkning baserad på personalkostnader för psykolog och kurator respektive barnmorska.

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Två besök hos psykolog eller kurator		
Kostnad per kvinna		
Psykolog	898	
Kurator	767	
Kostnad nationellt om 14 procent behandlas		Motsvarar knappt 18 heltidsekvivalenter
Psykolog	14,2 miljoner	
Kurator	12,2 miljoner	
Kostnad på enhetsnivå om 14 procent behandlas		
Större mottagning (800 gravida)a)		Motsvarar knappt 6 arbetsveckor
Psykolog	100 600	
Kurator	85 900	
Mindre mottagning (200 gravida)a)		Motsvarar drygt 1,5 arbetsvecka
Psykolog	25 100	
Kurator	21 500	
Ett extra samtal med barnmorska		
Kostnad per kvinna		
Barnmorska	466	
Kostnad nationellt om 14 procent får extra samtal		Motsvarar knappt 9 heltidsekvivalenter
Barnmorska	7,4 miljoner	

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
Kostnad på enhetsnivå om 14 procent får extra samtal		
Större mottagning (800 gravida) ^{a)}		Motsvarar knappt 3 arbetsveckor
Barnmorska	52 200	
Mindre mottagning (200 gravida) ^{a)}		Motsvarar 3,5 arbetsdagar
Barnmorska	13 100	

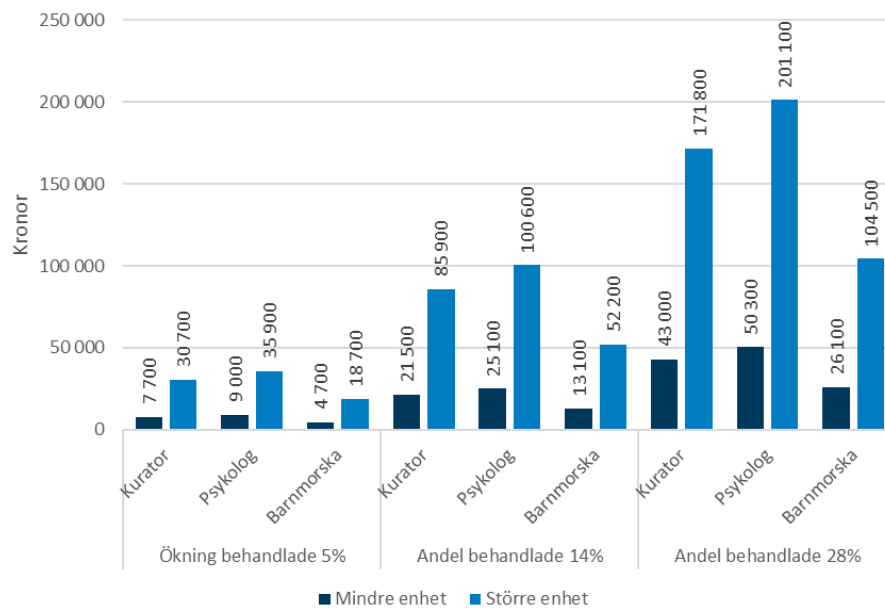
^{a)} Totalt antal gravida vid mottagning. Kostnader och arbetstid avser åtgärden i rekommendationen för gravida med psykisk ohälsa.

För en exempelmottagning som tar emot 800 gravida beräknas personalkostnaden för behandling av 14 procent av de gravida för psykisk ohälsa till mellan 100 600 och 85 900 kronor för psykolog respektive kurator samt 52 200 kronor för samtal med barnmorska. Motsvarande siffror för en exempelmottagning som tar emot 200 gravida beräknas till mellan 25 100 och 21 500 kronor för psykolog respektive kurator samt 13 100 kronor för samtal med barnmorska.

Kostnadsbeskrivningen utifrån olika scenarion för andelen gravida som får behandling för psykisk ohälsa presenteras i Figur 4. En ökning i andelen behandlade med 5 procentenheter skulle leda till kostnader för en mindre mottagning på mellan 7 700 och 9 000 kronor för besök hos kurator eller psykolog samt cirka 4 700 kronor för extra samtal med barnmorska. Motsvarande siffror för en större mottagning uppskattas till mellan 30 700 och 35 900 kronor för besök hos kurator eller psykolog samt cirka 18 700 kronor för extra samtal med barnmorska. Totalt skulle det motsvara uppemot 14 000 kronor för den mindre mottagningen och 55 000 kronor för den större mottagningen.

Om 28 procent av alla gravida skulle få behandling för psykisk ohälsa beräknas kostnaderna för en mindre klinik vara mellan 43 000 och 50 300 kronor för besök hos kurator eller psykolog samt ytterligare cirka 26 100 kronor för extra samtal med barnmorska. Motsvarande siffror för en större klinik uppskattas till mellan 171 800 och 201 100 kronor för besök hos kurator eller psykolog samt cirka 104 500 kronor för extra samtal med barnmorska. Totalt skulle det motsvara uppemot 76 000 kronor för den mindre mottagningen och 306 000 kronor för den större mottagningen. Den sammanlagda kostnaden för multiprofessionell bedömning och behandling skulle då bli omkring 40 miljoner kronor i riket vid en högre förekomst av psykisk ohälsa.

Figur 4. Scenarier för behandling för psykisk ohälsa bland gravida. Personalkostnad per år för mindre respektive enhet inom mödravården.



Diskussion

Konsekvensbeskrivningens exempel utgår från två scenarier för insatser för bedömning och behandling av psykisk ohälsa hos gravida och redovisar hur det skulle kunna se ut för en större respektive mindre mottagning.

Behandlingskostnaden för samtalsterapi beräknades utifrån besök hos psykolog respektive kurator och i praktiken skulle regionernas kostnader kunna ligga någonstans däremellan om båda yrkesgrupperna medverkar och ger samtalsterapi.

Graviditetsregistret visar på viss variation i hur stor andel av gravida som redan idag får insatser för psykisk ohälsa men det är genomgående en lägre andel än den andel som rapporterades i en tidigare svensk studie (14 procent). Det saknas också underlag för att beskriva omfattningen av de insatser som görs idag. Kostnadsbeskrivningen illustrerar därför totala kostnader utifrån de två scenarierna som omfattar ett exempel på extra resursanvändning och kostnader för sammanlagt tre extrabesök i genomsnitt med anledning av bedömning och behandling av psykisk ohälsa inom ramen för mödravården. Analysen omfattar inte ett eventuellt återkommande behov för dem som redan fått rekommendationens åtgärder.

Multiprofessionellt samarbete kring den gravida kvinnan beror också på regionens organisation av mödrahälsovården. Där mödrahälsovården är samlokaliserad med primärvårdsenheter med tillgång till psykolog eller kurator innebär rekommendationen främst att säkerställa att rutinerna för

samverkan finns och att verksamheten avdelar resurser i förhållande till antal gravida med psykisk ohälsa. I andra fall, exempelvis där mödravården är en del av hälsovalet, behöver hälso- och sjukvården se över förutsättningar för ett multiprofessionellt samarbete. Detta kan då även innebära att i upphandling och avtal med vårdgivare föra in villkor om och ersättning för multiprofessionellt samarbete. Om viss expertis saknas lokalt bör det finnas fördefinierade remissvägar.

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för bedömning och behandling av psykisk ohälsa kommer att öka för alla regioner och de flesta mottagningar i någon utsträckning. Detta eftersom man behöver säkerställa att det finns tillräcklig med kapacitet för att erbjuda åtgärden och arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatri, primärvården och barnhälsovården. Det kan däremot skilja mellan regioner och enheter hur mycket mer resurser som behöver avsättas beroende på hur stort gapet är idag. Den verkliga behandlingskostnaden beror också på hur stor den faktiska förekomsten av psykisk ohälsa är bland gravida i olika regioner och på olika mottagningar.

Vidare baseras kostnaderna på den genomsnittliga lönekostnaden för en kurator, psykolog respektive barnmorska för alla sektorer. Den verkliga lönekostnaden kan variera mellan individer och mellan enheter. Räkneexemplet inkluderar inte administrativa kostnader, lokalkostnader eller kostnader för utbildning av vårdpersonal.

Slutsatser

Behandlingskostnaden per gravid kvinna med psykisk ohälsa beräknas till cirka 900 kronor vid besök hos psykolog och till omkring 800 kronor vid besök hos kurator. Kostnaden för ett extra samtal med barnmorska beräknas till cirka 500 kronor per kvinna. Tillsammans skulle detta motsvara uppemot 1400 kronor extra per gravid kvinna med psykisk ohälsa utifrån räkneexemplets innehåll. Ökningen i kostnader för bedömning och behandling av psykisk ohälsa i mödrahälsovården på nationell nivå, för enskilda regioner och för enskilda mottagningar beror både på faktiskt förekomst av psykisk ohälsa bland gravida och på hur stor andel av alla med detta behov som redan får åtgärden i dagens läge.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda. År 2021. 2023 [Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/iframe_004/val.aspx.
2. Look Ahead Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(1):5-13.
3. Ryan DH, Espeland MA, Foster GD, Haffner SM, Hubbard VS, Johnson KC, et al. Look AHEAD (Action for Health in Diabetes): design and methods for a clinical trial of weight loss for the prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Control Clin Trials*. 2003;24(5):610-28.
4. Statistiska centralbyrån (SCB). Genomsnittlig månadslön och lönespridning efter sektor, yrke (SSYK 2012) och kön. År 2022. 2023 [Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0110__AM0110A/LoneSpridSektorYrk4A/.
5. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Arbetsgivaravgifter och PO-pålägg 2023 [Available from: <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/budgetochplanering/arbetsgivaravgifterochpopalagg.1290.html>.
6. Graviditetsregistret. Publik statistik 2023 [Available from: <https://www.medscinet.com/gr/resultat.aspx>.
7. Socialstyrelsen. Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys. Slutrapport november 2022. Rapport 2022-11-8245. 2022.
8. Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården - Uppdrag att föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården S2022/00902. 2023. Contract No.: 2023:3.
9. GynOp-registret. Bristning vid förlossning grad 2 - Årsrapport från GynOp-registret avseende operationer utförda år 2022. . 2023.
10. Vikström A, Johansson S-E, Barimani M. Postnatal ER visits within 30 days—Pattern, risk factors and implications for care. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(3-4):769-76.
11. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Förlossningsbristningar - Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. 2021.
12. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet - En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. 2021.
13. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):937-44.