

Nationella riktlinjer 2026:

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 2026

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 *Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter – 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. I denna version från 2026 har vi kompletterat med ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för två rekommendationer om graviditetsdiabetes.

Vi inleder med ett avsnitt med statistik som beskriver hur det totala antalet förlossningar har varierat i riket samt antalet förlossningar per region och andel kejsarsnitt. Därutöver redovisas övergripande uppgifter om förekomsten av graviditetsdiabetes. Denna statistik ger en bakgrund till hur många som berörs av Socialstyrelsens rekommendationer.

Alla dokument som hör till de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter finns på översiktssidan socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/forlossningsvard.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord	3
Inledning	5
Förlossningsstatistik i Sverige	6
Graviditetsdiabetes i Sverige	7
Konsekvenser av rekommendationerna	11
Graviditet	11
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om graviditet	12
Id 3: Kompetensutveckling om obesitas	13
Id 4: Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	13
Id 18: Behandling vid graviditetsdiabetes	18
Id 19: Tidig behandling av graviditetsdiabetes för gravida med riskfaktorer	33
Förlossning	39
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om förlossning	39
Id 6: Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar	40
Id 7: Kontinuerligt stöd av en barnmorska	43
Eftervård	49
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om eftervård	49
Id 12: Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär	50
Id 13: Tidig uppföljning och id 11: Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården	55
Id 14: Kontroll av förlossningsbristningar och klipp	58
Psykisk ohälsa	61
Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om psykisk ohälsa	61
Id 16: Multiprofessionellt arbetssätt och id 17: Konsultation av psykolog	62
Referenser	68

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. Räkneexemplen för graviditetsdiabetes som tillkom år 2026 redovisas som beräkningar per 1000 gravida respektive som en beräkning för landet som helhet baserat på cirka 100 000 förlossningar per år. Resultaten per 1000 gravida kan skalas upp för att motsvara den egna regionens antal förlossningar.

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.

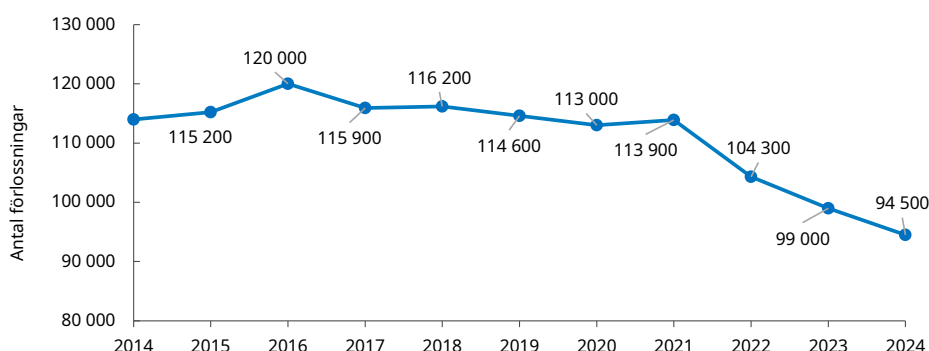
Konsekvensbeskrivningar finns för rekommendationer som fått hög prioritet och där det finns dataunderlag för kostnadsberäkningar. Några rekommendationer har hög prioritet men åtgärden är en allmän formulering om att hälso- och sjukvården bör arbeta efter rutiner för samverkan eller följa vårdprogram.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

Förlossningsstatistik i Sverige

Sedan 1970-talet föds ungefär 86 000 till 120 000 barn i Sverige varje år. Figur 1 nedan visar variationen i det totala antalet förlossningar i Sverige under tidsperioden 2014 till 2024. Under 2024 föddes cirka 99 000 barn i Sverige, och det är det lägsta antalet nyfödda på 20 år. [1]. Det saknas fortfarande uppgifter för cirka 3 500 födslar, vilket motsvarar ungefär 3,5 % av totala antalet födda.

Figur 1. Totalt antal förlossningar i Sverige under tidsperioden år 2014 till år 2024.

Totalt antal avrundat till närmaste 100-tal.

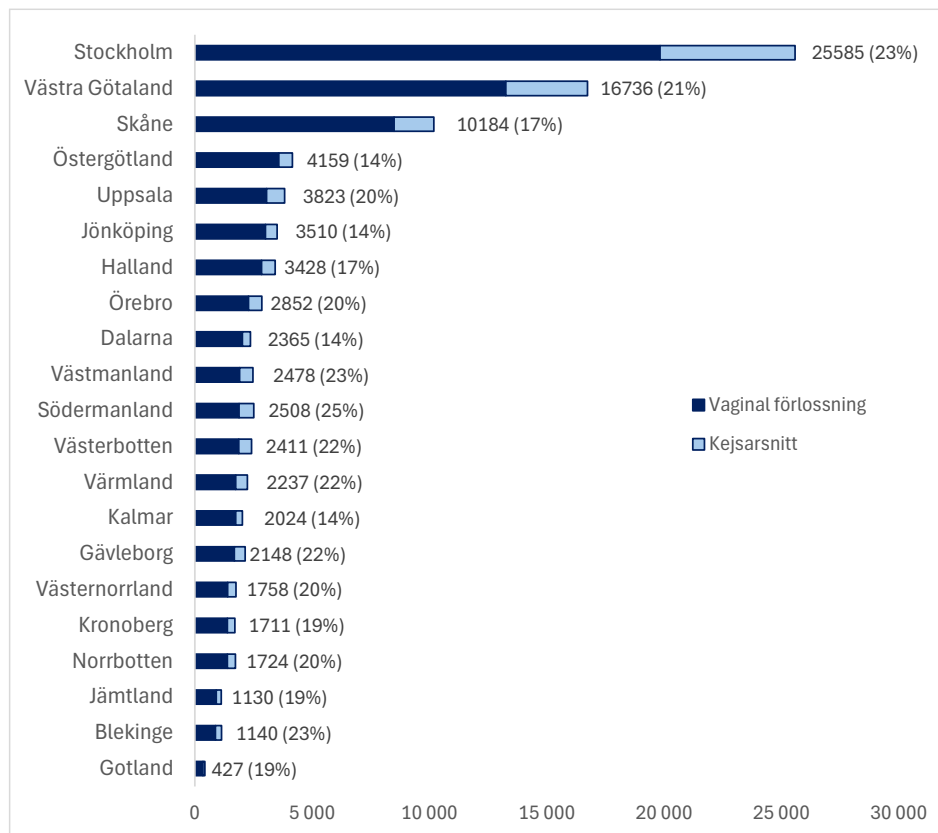


Källa: Medicinska födelseregistret. Uppgifter tillgängliga via Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda – hämtad 2026-02-05 [1]

Not: År 2021 saknas uppgifter om ca 690 födslar från Region Skåne. År 2022 saknas uppgifter om ca 400 födslar Region Gävleborg och ca 100 födslar i Region Skåne. För barn födda år 2024 saknas det fortfarande uppgifter för cirka 3 500 födslar, vilket motsvarar ungefär 3,5 % av totala antalet födda. De regioner som har störst bortfall år 2024 är Region Skåne och Region Norrbotten.

Under flera decennier har antalet kejsarsnitt ökat mycket i Sverige. Av förlossningar i riket var 18 842 (20 procent) registrerade som kejsarsnitt och 75 611 (80 procent) vaginala förlossningar år 2024. Andelen kejsarsnitt varierar mellan olika regioner, där Östergötland och Jönköping under flera år haft lägst frekvens av kejsarsnitt i landet. Figur 2 visar antalet vaginala förlossningar och andelen kejsarsnitt per region år 2024.

Figur 2. Vaginala förlossningar och andel kejsarsnitt per region år 2024.



Källa: Medicinska födelserregistret. Uppgifter tillgängliga via Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda – hämtad 2026-02-11 [1]

Not: För barn födda år 2024 saknas det fortfarande uppgifter för cirka 3 500 födslar, vilket motsvarar ungefär 3,5 % av totala antalet födda. De regioner som har störst bortfall år 2024 är Region Skåne och Region Norrbotten.

Graviditetsdiabetes i Sverige

Socialstyrelsen har sammanställt statistik per region från kvalitetsregistret Graviditetsregistret för rapporterad andel gravida som genomgått peroral glukosbelastning (OGTT) och rapporterad andel gravida som fått en diagnos graviditetsdiabetes [2]. Statistiken per region är justerad för rapporteringsgrad som år 2024 var mellan 71 procent och 98 procent. Figur 3 visar skillnader mellan regionerna i båda dessa mått i statistikurvalet alla gravida med förlossning under 2024.

Det går inte att säga att antalet gravida som diagnostiseras med graviditetsdiabetes beror på hur omfattande användning av glukosbelastning som regionen har. Det var 6,5 procent av alla kvinnor som födde barn 2024 i Sverige som fick en graviditetsdiabetesdiagnos. Det var dock betydande skillnader i registrerade andelar mellan regionerna: Västerbotten, Västra Götaland, och Västernorrland rapporterade att under 2 procent av gravida hade graviditetsdiabetes. Motsvarande andelar var i Jönköping, Örebro och

Östergötland 14–16 procent. Det går inte att säga vad som orsakar dessa skillnader i förekomst graviditetsdiabetes mellan regioner.

Faktorer som bidrar till de regionala skillnaderna kan vara organisatoriska såsom att olika gränsvärden används, att olika principer styr vilka som erbjuds glukosbelastning och hur provtagningen går till. Därtill kan det finnas skillnader kopplade till förekomst av kända riskfaktorer som övervikt och obesitas samt befolkningssammansättning inklusive genetiskt kopplade risker.

Graviditetsregistrets statistik visar också att det finns skillnader mellan regioner i hur stor andel av gravida som erbjuds och genomför OGTT. Bland kvinnor i Sverige som födde barn 2024 var det 31 procent som genomfört glukosbelastning. Samtidigt var det i sex regioner dock endast upp till 20 procent av gravida som gjorde glukosbelastning (Stockholm, Västmanland, Jämtland, Gotland, Sörmland, Västra Götaland, [2, 3]). Två regioner erbjuder peroral glukosbelastning till alla gravida (Skåne och Blekinge) och dessa ligger därför betydligt över övriga regioner där fler än 9 av 10 gravida har genomfört peroral glukosbelastning.

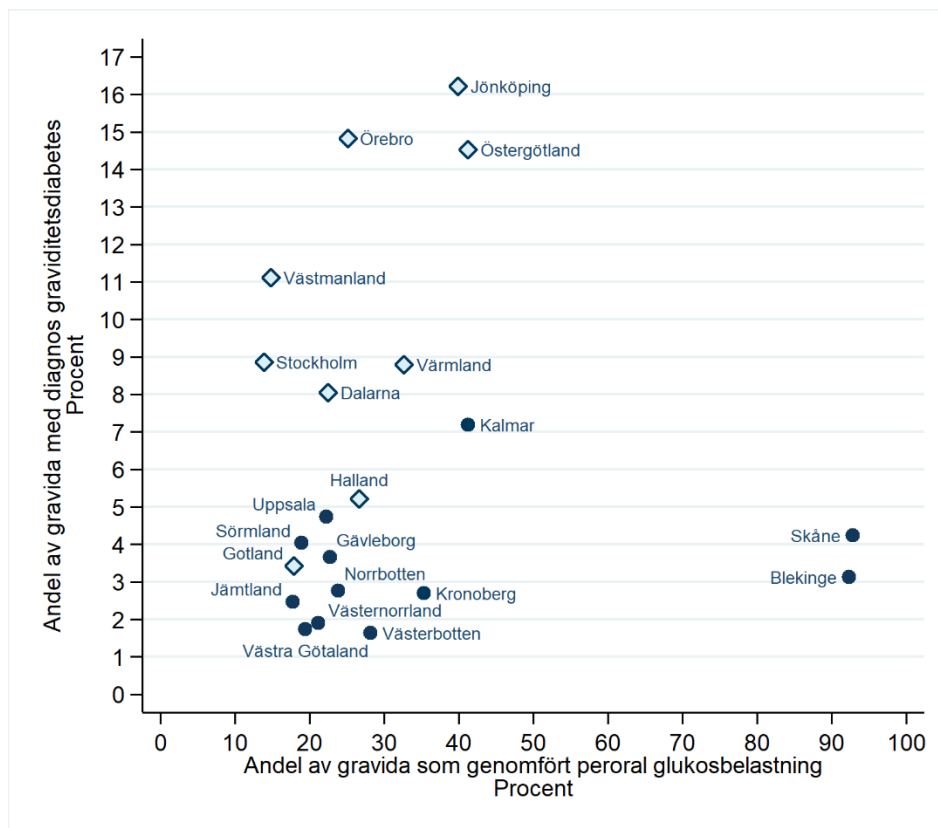
Figur 3 illustrerar den stora spridningen mellan regionerna år 2024 i tre dimensioner:

- andel av de gravida som genomför peroral glukosbelastning
- andel som registreras med en diagnos graviditetsdiabetes
- regioner med fastevärde på max 5,4 mmol/l som gränsvärde för graviditetsdiabetes

Spridningen i figuren pekar på att det inte finns något entydigt samband mellan hur många som genomgår glukosbelastning och hur många fall av graviditetsdiabetes som mödravården identifierar. Men regioner som använder ett fastevärde på max 5,4 mmol/l ligger generellt högre i andel diagnostiserad graviditetsdiabetes trots lägre testtäckning, medan regioner som använder fastevärde över 5,4 mmol/l för diagnostik oftare uppvisar lägre andelar graviditetsdiabetes trots högre andel genomförda glukosbelastningar.

Figur 3. Beräknad andel gravida som genomgått peroral glukosbelastning under 2024 och beräknad andel gravida med diagnos graviditetsdiabetes år 2024 per region.

Regioner med ljusblå diamant har ett fastevärde upp till och med 5,4 mmol/l (enligt tabell 7 i graviditetsregistrets årsrapport 2024). Regioner med högre fastevärde än 5,4 mmol/l har mörkblå cirkel.



Källa: Statistik från graviditetsregistret [2] och graviditetsregistrets årsrapport 2024 [3].

Eftersom regioner idag erbjuder OGTT till gravida i olika omfattning och även skiljer sig åt avseende andel av gravida som diagnostiseras med graviditetsdiabetes så använder räkneexemplen följande typfall:

Region med

- riktad testning av riskgrupper där färre testas
- riktad testning av riskgrupper där många testas
- allmän testning

Konsekvensbeskrivningen beräknar därefter hur antalet som erbjuds OGTT kommer att ändras med Socialstyrelsens rekommendationer. Beräkningarna redovisar också hur kostnaderna i mödravården förväntas påverkas när fler gravida testas och får åtgärder för att följa och vid behov sänka blodsockret.

Regionala vårdprogram och riktlinjer inom mödravården varierar och är anpassade till lokala organisationer. För beräkningarna inom ramen för

konsekvensbeskrivningen granskades regionernas publicerade program och riktlinjer översiktligt avseende insatser direkt kopplade till graviditetsdiabetesdiagnosen. Programmen från fyra regioner (Örebro, Jönköping, Skåne, Västra Götaland) var sedan en utgångspunkt för att beskriva vilka insatser som i genomsnitt läggs till basprogrammet i mödravården vid graviditetsdiabetes, se Tabell 1.

Vårdprogrammen betonar att vården ska vara personcentrerad och insatserna som listas i tabellen bygger på insatser som återkommer i flera vårdprogram. Tabellen gör en uppdelning mellan insatser som ges inom ramen för mödravården och primärvården respektive insatser som ges inom ramen för den specialiserade vården, exempelvis inom specialistmödravård eller på en endokrinologmottagning. I linje med vårdprogrammen listar Tabell 1 flera vårdprofessioner som ingår och där barnmorskan har ett ansvar att kontakta eller skicka remiss.

Tabell 1. Vårdkontakter utöver basprogrammet för gravida med graviditetsdiabetes.

Exempel baserat på rutiner och vårdprogram för graviditetsdiabetes i regionerna Skåne, Västra Götaland, Örebro och Jönköping.

Insats	Kommentar
Insatser i primärvården och mödravården	
Barnmorska	Besök för peroral glukosbelastning Uppföljning inom ramen för basprogrammets besök. Extrakontakter efter OGTT kan förekomma Kontakter med diabetessjuksköterska och specialistmödravården
Diabetessjuksköterska	Rådgivande samtal inklusive utbildning i egenmätning av blodsocker i hemmet
Dietist	Rådgivande samtal
Insatser i den specialiserade vården, exempelvis specialistmödravård eller endokrinologmottagning	
Barnmorska	Ultraljud. Kontroller av läkemedelsbehandling
Läkarbesök	Insättning av läkemedel, kontroller för tillväxt

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

¹ Rekommendationen gäller även nyförlösta.

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

Id	För gravida som ...	Rekommendation	Prioritet
18	har testats och fått diagnosen graviditetsdiabetes ³	Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	4
19	har ökad risk för graviditetsdiabetes ⁴	Erbjud test för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 (venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning). Vid diagnos ³ : Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	6
5	behöver utökat stöd	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Låt samma barnmorsketeam 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 25 åren. År 2000 var det 10 procent av alla gravida som hade obesitas (BMI över 30 kg/m²) och år 2024 var det 18 procent med obesitas när de skrevs in i mödrahälsovården. Under samma tid har ökade även andelen gravida med övervikt (BMI mellan 25 och 30 kg/m²) från 24,5 procent till 28,5 procent [1]. 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.

Även rekommendationerna om testning och behandling av graviditetsdiabetes väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader, eftersom de flesta regioner kommer att identifiera fler med graviditetsdiabetes. Socialstyrelsen har uppdaterat de rekommenderade gränsvärdena för diagnos

³ Enligt gränsvärdena i rutan Vem får diagnosen graviditetsdiabetes?

⁴ Minst en av följande riskfaktorer: tidigare graviditetsdiabetes, tidigare födsel av ett stort barn, BMI ≥ 30, förstagrads släkting med diabetes, familjeursprung i en region i världen där diabetes är särskilt vanligt – förenklat: utanför Europa.

från 2015. Tidig testning och behandling av graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 för gravida med riskfaktorer förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader mellan 266 miljoner kronor och 303 miljoner kronor per 100 000 förlossningar om 19 procent har graviditetsdiabetes. Att sedan erbjuda behandling till fler gravida med graviditetsdiabetes utifrån de uppdaterade gränsvärdena senare i graviditeten (vecka 24–28) kan motsvara kostnadsökningar mellan 370 miljoner kronor och 540 miljoner kronor per 100 000 gravida beroende på den faktiska förekomsten av graviditetsdiabetes.

Idag skiljer sig rutinerna för gränsvärden och testning mellan regionerna. Som beslutsfattare behöver du se över förutsättningarna och säkerställa en fungerande vårdkedja. Samtidigt väntas rekommendationerna medföra hälsovinster för både de gravida och deras barn. Detta är också en folkhälsostrategisk fråga för regionerna, som involverar fler verksamheter än mödrhälsovården. Hur arbetar ni bäst med befolkningen för att fänga upp unga vuxna innan de får sjukdomar kopplade till levnadsvanor? Gravida är ofta motiverade att förändra levnadsvanor.

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 mödrhälsovården. Det är också viktigt att säkerställa att barnmorskor i mödrhälsovården 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

Medicinska födelseregistret 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 [1]. Figur 4 visar den rapporterade andelen 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) [4, 5].

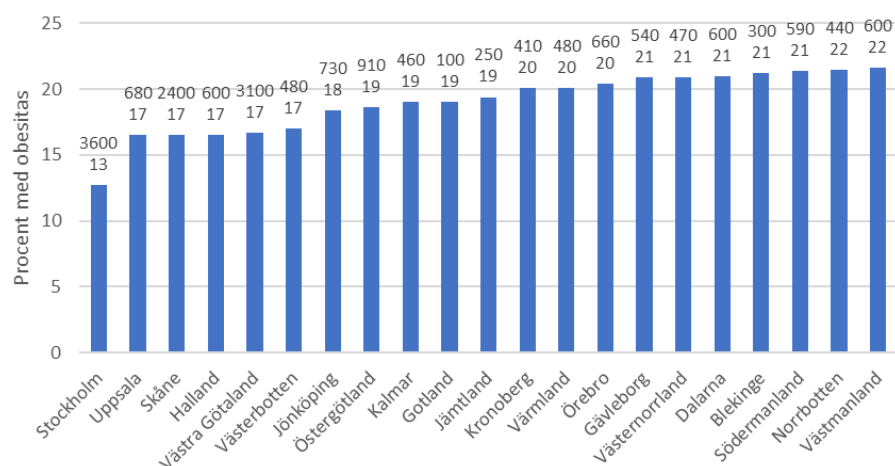
Programmet bestod av både gruppträffar och individuella träffar, med fokus på livsstilsförändring, inklusive stöd till beteendeförändring, kost och fysisk aktivitet. De första 6 månaderna inkluderade 24 träffar, varav 18 gruppträffar och 6 individuella träffar. Följande 6 månader inkluderade 12 gruppträffar 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.

Figur 4. Gravida med obesitas (BMI $\geq$ 30) vid inskrivning i mödravården per region år 2021.

Antal och procent gravida avrundat till närmaste tiotal (hundratal för Stockholm, Västra Götaland och Skåne).



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda [1]

Not: År 2021 saknas uppgifter om ca 690 födselar från Region Skåne vid första publicering av denna rapport

Kostnadsbeskrivningen baseras på behandlingsprogrammet under första året som ingick i studien [5]. 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 [6, 7]. 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 2 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 2. 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
Genomsnittlig kostnad per arbetstimme för dietist	356 kronor
Fas 1: 0-12 månader	
30 gruppträffar á 60 minuter med dietist för 15 personer	712 kronor per deltagare 10 678 kronor för hela Gruppen
12 individuella träffar á 30 minuter med dietist	2 136 kronor per deltagare
Total kostnad per deltagare under 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 deltagare	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

Källa: Genomsnittlig kostnad per arbetstimme för dietist [6, 7]. För antal personer per grupp, tid per träff och antal träffar är antaganden baserade på Look-Ahead studien [4, 5]

Diskussion

Kostnadsbeskrivningen utgår från en publicerad amerikansk studie [4, 5] 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.

Look Ahead-studien utgör ett exempel på hur ett program för kombinerad levnadsvanebehandling för gravida med obesitas kan organiseras. I praktiken kan sådana program utformas på flera olika sätt och involvera olika yrkesgrupper, exempelvis barnmorskor eller fysioterapeuter. Det finns olika typer av kombinerade levnadsvanebehandling beroende på vilket tillstånd insatsen syftar till att behandla. I frågeställningen nedan (id 18), beskrivs ett annat exempel på ett kombinerat levnadsvaneprogram, då anpassat för gravida med graviditetsdiabetes.

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.

Id 18: Behandling vid graviditetsdiabetes

Rekommendationen att följa blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjuda behandling för att sänka dem vid behov för gravida som har nått graviditetsvecka 24–28 och fått diagnosen graviditetsdiabetes väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Detta eftersom omkring hälften av regionerna hittills arbetat efter högre gränsvärden för graviditetsdiabetes och därmed identifierat färre fall. Dessutom är det 19 av 21 regioner som erbjuder OGTT till riskgrupper, men det har inte funnits en tydlig praxis för vad som är riskfaktorer.

Figur 3 visar stora skillnader mellan regioner vad gäller hur stor andel av gravida som genomför OGTT och hur stor andel som diagnostiseras med graviditetsdiabetes. Hur många fler gravida med graviditetsdiabetes som identifieras med den nya rekommendationen i din region beror därför på

både vilka glukosgränsvärden som din region tillämpat fram tills nu och hur brett din region erbjuder OGTT. Förändringens storlek kommer också att bero på regionens nuvarande riktlinjer för när gravida ska erbjudas test för graviditetsdiabetes.

Socialstyrelsens visar i ett räkneexempel förväntade kostnader för att erbjuda gravida insatser kopplade till graviditetsdiabetes. Exemplet bygger på uppgifter hämtade från en genomgång av regionernas riktlinjer och rutiner för behandling vid diagnostiserad graviditetsdiabetes, graviditetsregistrets sammanställning över hittills tillämpade glukosgränsvärden samt statistik över användning OGTT samt årlig incidens graviditetsdiabetes [2].

- **Antal aktuella gravida:** Omkring 100 000 gravida per år i riket. Beräkningar görs även per 1000 gravida.
- **Behandlingsform:** Mödravård och rådgivning inklusive
 - Egenkontroller
 - Levnadsvanebehandling (kost och fysisk aktivitet)
 - Läkemedelsbehandling
- **Merkostnad för uppföljning och behandling per gravid med graviditetsdiabetes (omkring 14 veckor):**
 - Levnadsvanebehandling vid graviditetsdiabetes omkring 16 800 kronor
 - Både läkemedels- och levnadsvanebehandling vid graviditetsdiabetes omkring 25 800 kronor
- **Regionernas merkostnad:** Om andelen gravida med graviditetsdiabetes ökar från i nuläget under 7 procent till 19 procent kommer fler gravida att vara aktuella för insatser i primärvården och i specialistvården. I Socialstyrelsens räkneexempel motsvarar det ökade behandlingsskostnader på omkring 270 miljoner kronor per år nationellt. Socialstyrelsen bedömer också att fler gravida kommer att erbjudas glukosbelastning med målsättning att hitta alla gravida med graviditetsdiabetes. Kostnaderna för glukosbelastning kan komma att öka från 70 miljoner kronor till över 170 miljoner kronor. Merkostnaden per 1000 gravida ligger mellan 2,8 miljoner kronor och 4,6 miljoner kronor beroende hur många som genomgår glukosbelastning och som diagnostiseras med graviditetsdiabetes i nuläget.

Metod

Nuläget i regionerna

Hur många fler gravida som kan komma att diagnostiseras med graviditetsdiabetes beror på flera faktorer där vårdens nuvarande organisation och regionala riktlinjer är en faktor som påverkar den aktuella registrerade förekomsten. Den nya rekommendationen om gränsvärden utgår från Socialstyrelsens rekommendation 2015 men med justering för de provtagningsrör som används i Sverige idag med tillsats av sur citratbuffert

som hämmar glykolysen mer effektivt. Det tidigare fastevärdet 5,1 mmol/l motsvarar således 5,4 mmol/l med dagens provrör.

Vissa regioner tillämpar idag Socialstyrelsens rekommendation om lägre gränsvärden från 2015 medan andra regioner fortsatt med högre gränsvärden och kapillär provtagning. Socialstyrelsen har inte tagit ställning till kapillära gränser eftersom det saknas ett säkerställt evidensbaserat underlag. Venösa prover ger jämförelsevis lägre värden, framför allt efter glukosintag. I fasta är skillnaden betydligt mindre, genomsnittligt 0,2 mmol/l [8, 9].

Graviditetsregistrets årsrapport för 2024 redovisar vilka gränsvärden för graviditetsdiabetes som tillämpats i regionerna hittills, dock redovisas inte huruvida provtagningen är kapillär eller venös [3]. Denna konsekvensbeskrivning har utgått från fastevärdena enligt årsrapporten, där skillnaden mellan regionerna är som störst och skillnaden mellan venösa och kapillära värden som minst. De kapillära tvåtimmarsgränserna som används i Sverige idag bedöms vara mer jämförbara med föreslagna venösa gränser och påverkar därför inte prevalensen graviditetsdiabetes i samma utsträckning [8, 9].

Tabell 3 har grupperat 17 av landets 21 regioner utifrån fastegränsvärden i nuvarande riktlinjer med beskrivning av förväntade konsekvenser för diagnosticering av graviditetsdiabetes med den nya rekommendationen. Regioner där hittillsvarande gränsvärde ligger längre ifrån det nya rekommenderade gränsvärdet kan förväntas ha större förändringar i antalet gravida som diagnostiseras med graviditetsdiabetes än regioner som med hittillsvarande riktlinjer legat närmare rekommendationen. Beräkningarna har inte specifikt vägt in att också metoden i sig för fastställande av graviditetsdiabetesdiagnos ändras för regioner som hittills inte använt venös provtagning.

Den första gruppen regioner har tillämpat gränsen 5,1 mmol/l för fastevärdet vid venös provtagning såsom redovisas i tabell 3. För dem innebär Socialstyrelsens rekommendation att gränsvärdet för fastevärdet höjs. I sig skulle detta minska antalet gravida som får diagnos graviditetsdiabetes. Samtidigt finns betydande skillnader i andelen som faktiskt diagnostiseras med graviditetsdiabetes i dessa regioner. Två regioner rapporterar att 3 respektive 5 procent diagnostiseras med graviditetsdiabetes och två regioner tillhör de som rapporterat allra högst förekomst av graviditetsdiabetes under 2024. Alla regioner i denna grupp tillämpar riktad glukosbelastning baserat på riskfaktorer och de sammantagna konsekvenserna av den nya rekommendationen för gränsvärden beror då på vilka som testas i nuläget, hur många som diagnostiseras redan och hur regionen i sina rutiner säkerställer att alla gravida med riskfaktorer genomför peroral glukosbelastning.

Den andra gruppen i tabell 3 har i sina regionala riktlinjer tillämpat ett högre gränsvärde. För dessa regioner innebär rekommendationens gränsvärden vid de olika mätningarna i praktiken att fler gravida kommer att få erbjudande om att följa och vid behov sänka blodsockret. Detta eftersom dessa regioner genomgående registrerar en jämförelsevis låg förekomst av graviditetsdiabetes fram till nu och rekommendationen innebär att regionen behöver tillämpa lägre gränsvärden.

Tabell 3. Rekommendationens gränsvärden och schematisk gruppering av regioner efter regionala gränsvärden som används år 2024.

Beskrivning av förväntad effekt på andel gravida som registreras med graviditetsdiabetes med rekommendationens gränsvärden.

Regioner	Nuvarande gränsvärden	Ny rekommendation och andel diagnostiserad graviditetsdiabetes
Gotland, Halland, Jönköping, Stockholm, Värmland, Västmanland, Örebro	Fastevärde 5,1 mmol/l	Höjd gräns för fastevärde till 5,4 mmol/l vid venös provtagning skulle minska antalet gravida diagnostiserade med graviditetsdiabetes Stora skillnader i andel faktiskt diagnostiserade bland gruppens regioner Sammanlagd effekt ej entydig
Jämtland/Härjedalen, Kronoberg, Kalmar Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala, Västerbotten, Västernorrland, Västra Götaland	Fastevärde 7,0 mmol/l	Sänkt gräns för fastevärde till 5,4 mmol/l vid venös provtagning ökar antalet gravida diagnostiserade med graviditetsdiabetes. Regionerna ligger idag under genomsnittet i riket för andel graviditetsdiabetes

Källa: Regionala gränsvärden år 2024 [3].

Not: Alla regioner är inte inkluderade i tabellen utan exemplen lyfter de som skiljer sig mest från varandra

Konsekvensbeskrivningen har använt denna översiktliga gruppering av regioner efter vilka gränsvärden de tillämpat som en av källorna till räkneexemplen. En annan viktig uppgift har varit statistiken över den faktiska andel gravida som genomgått glukosbelastning och den faktiska andelen av gravida som haft en registrerad graviditetsdiabetesdiagnos enligt graviditetsregistret. Konsekvensbeskrivningen använder tre typregioner som ligger till grund för att beskriva förväntad resurspåverkan.

Förväntad andel med graviditetsdiabetes med nytt gränsvärde
Underlag från Region Skåne togs fram i anslutning till den svenska kliniska studien Changing the Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes Mellitus (CDC4G) [10, 11]. Dessa underlag har sammanställts för att stödja

konsekvensbeskrivningens antaganden om hur många som faktiskt uppfyller rekommendationens gränsvärden för graviditetsdiabetes i en bred population. Eftersom Region Skåne länge erbjudit OGTT till alla gravida bedömdes dessa data vara tillräckligt representativa för frågeställningen. Med den fastevärdesgräns vid kapillär provtagning som vid tiden för studien användes i Region Skåne (7,0 mmol/l) diagnostiserades 3,2 procent av gravida med graviditetsdiabetes. Regionala Skånedata från studieperioden CDC4G pekar på att ett sänkt fastevärde med utvidgat intervall ned till 5,4 mmol/l, motsvarande 5,1 mmol/l vid venös provtagning utan tillsats av surt citrat och 5,3 mmol/l vid kapillär provtagning, skulle innebära att totalt 19 procent diagnostiserades med graviditetsdiabetes i stället för 3,2 procent. Den sammanlagda andelen i data från Region Skåne ligger då också högre än de tre regioner som rapporterar högst förekomst av graviditetsdiabetes till kvalitetsregistret år 2024.

En kompletterande känslighetsanalys prövar antagandet att rekommendationens gränsvärden i stället innebär att en större andel, 25 procent i stället för 19 procent, av alla gravida kommer att bedömas som aktuella för att få åtgärder för förbättrad glukoskontroll och behandling för graviditetsdiabetes.

Tre räkneexempel

Följande tre exempel på regioner med olika kombination av gränsvärde för fastevärdet hittills i regionens rutiner, hur stor andel som testas i nuläget samt om regionen tillämpar riktad eller allmän testning. Statistiken från graviditetsregistret pekar på att det framför allt är regioner som hittills tillämpat högre gränsvärden som också rapporterar lägre andelar med graviditetsdiabetes.

Statistiken i graviditetsregistret pekar också på stora variationer i hur många som testas för att diagnostisera en kvinna (tabell 4, se även figur 3) [2]. Sambandet mellan andel diagnostiserade och andel testade är dock inte entydigt. Tolv av 21 regioner testar fem eller fler gravida för att hitta ett fall med graviditetsdiabetes. Samtidigt är det sex regioner som testar 19 procent eller färre av alla gravida och tre regioner som testar färre än två gravida per identifierat fall. Därför utgår räkneexemplen från att flera regioner med riktad testning kommer att behöva erbjuda OGTT till fler gravida än som görs idag. Detta för att eftersträva att alla gravida som har en blodsockernivå som ligger över rekommendationens gränsvärden erbjuds uppföljning och behandling för graviditetsdiabetes.

Beräkningarna har antagit att regionerna för att hitta ett fall genomför glukosbelastning av fyra gravida. Om 19 procent av alla gravida har fastevärden $\geq 5,4$ mmol/l skulle antagandet innebära att 76 procent av alla gravida behöver testas. De tre exemplen är:

- Region med riktad testning och gränsvärde för fastevärdet 5,1 mmol/l. 20 procent genomför glukosbelastning i nuläget och detta ökar till 76 procent av alla gravida.
- Region med riktad testning och gränsvärde för fastevärdet 7,0 mmol/l. 40 procent genomför glukosbelastning i nuläget och detta ökar till 76 procent av alla gravida.
- Region med allmän testning och gränsvärde för fastevärdet 7,0 mmol/l. 93 procent genomför glukosbelastning i nuläget och regionen kvarstår på denna andel och säkerställer att kända riskgrupper genomgår glukosbelastning.

Räkneexemplen innehåller avrundade värden men de är förankrade i de observerade regionala skillnaderna i Sverige som redovisas från graviditetsregistret.

Statistikunderlag för beräkningar

Tabell 4 visar antalet förlossningar per region under 2024 ifrån graviditetsregistrets statistik [2]. Av totalt drygt 97 000 förlossningar i Sverige hade knappt 30 000 gravida genomgått glukosbelastning (31 procent) och nästan 6 300 gravida fått en graviditetsdiabetesdiagnos (6,5 procent). Av tabellen framgår också att det är stora skillnader mellan regionerna i antal förlossningar under ett år där sex regioner har färre än 2000 förlossningar registrerade för år 2024 medan de tre storstadsregionerna tillsammans svarade för över 55 000 förlossningar (57 procent av alla förlossningar i Sverige).

Tabell 4. Antal förlossningar per region år 2024. Gravida som genomgått glukosbelastning respektive fått en graviditetsdiabetesdiagnos.

Antal och andel av totalt antal förlossningar.

Region	Förlossningar (antal ^a)	Glukosbelastning genomförd (antal ^b , procent)	Diagnostiserad graviditets- diabetes (antal ^b , procent)
Blekinge	1100	1050 (92)	40 (3,1)
Dalarna	2400	530 (23)	190 (8,1)
Gotland	400	80 (18)	10 (3,4)
Gävleborg	2100	490 (23)	80 (3,7)
Halland	3400	910 (27)	180 (5,2)
Jämtland	1100	200 (18)	30 (2,5)
Jönköping	3500	1400 (40)	570 (16,2)
Kalmar	2000	830 (41)	150 (7,2)
Kronoberg	1700	610 (35)	50 (2,7)
Norrbottnen	1700	410 (24)	50 (2,8)
Skåne	13400	12450 (93)	570 (4,2)
Stockholm	25400	3530 (14)	2250 (8,9)
Sörmland	2500	470 (19)	100 (4)
Uppsala	3700	830 (22)	180 (4,7)
Värmland	2200	730 (33)	200 (8,8)
Västerbotten	2400	680 (28)	40 (1,6)
Västernorrland	1800	370 (21)	30 (1,9)
Västmanland	2500	370 (15)	270 (11,1)
Västra Götaland	16700	3240 (19)	290 (1,7)
Örebro	2900	720 (25)	420 (14,8)
Östergötland	4100	1710 (41)	600 (14,5)
Riket	97200	29980 (31)	6290 (6,5)

Källa: Statistik från graviditetsregistret justerat för regionens rapporteringsgrad [2].

^a Avrundat till närmaste 100-tal.

^b Avrundat till närmaste 10-tal.

Resursanvändning och enhetskostnader

Allmän testning med OGTT innebär att fler fall av graviditetsdiabetes upptäcks, särskilt bland gravida med lägre blodsockernivåer. Dessa kvinnor kan i större utsträckning förväntas uppnå behandlingsmålen med levnadsvanebehandling enbart. Kvinnor som identifieras genom riktad testning av riskgrupper, där en större andel kan förväntas ha högre blodsockernivåer på grund av underliggande riskfaktorer, kan i större

utsträckning vara aktuella för läkemedelsbehandling för att nå behandlingsmål. Beräkningarna antog därför att det var 30 procent av de gravida med graviditetsdiabetes som identifierats genom allmän testning, som var aktuella för läkemedelsbehandling. Motsvarande andel bland de som identifierats genom riskbaserad testning antogs vara 50 procent.

Beräkningarna antog att egenkontroller var aktuellt under 14 veckor efter den perorala glukosbelastningen som sker fram emot vecka 28 med viss variation mellan regioner. I samråd med sakkunniga antogs alla gravida med graviditetsdiabetes ha samma användning av teststickor oavsett om de också hade läkemedelsbehandling. Enhetskostnader för teststickor, lansetter och insulin hämtades från kostnadsanalysen baserad på den svenska CDC4G studien [10] och speglar materialkostnader för blodsockerkontrollen. Övriga enhetskostnader i beräkningarna hämtades från Sveriges kommuner och regioner och bygger på så kallade diagnosrelaterade grupper, DRG [12]. Dessa enhetskostnader är schabloner för besök och inkluderar användning av labbtester. De enhetskostnader som använts i beräkningarna av förväntade genomsnittliga kostnader per gravid kvinna med graviditetsdiabetes presenteras i tabell 5.

Tabell 5. Antal vårdkontakter utöver basprogrammet, egenmätning av blodglukos samt läkemedelsbehandling för gravida med graviditetsdiabetes. Beräknad kostnad.

Se mer detaljer i Tabell 1 för förväntade vårdkontakter utöver basprogrammet för gravida med graviditetsdiabetes.

Insats	Antal	Kostnad
Insatser i primärvården och mödrahälsovården		
Peroral glukosbelastning inklusive labbtest ^a	1	2 273
Barnmorska, uppföljning, egenmätning	1	1 499
Diabetessjuksköterska	1	1 280
Dietist	1	843
Insatser i den specialiserade vården, exempelvis specialistmödravård eller endokrinologmottagning		
Barnmorska	2	4 059
Läkarbesök vid levnadsvanebehandling	2	8 056
Läkarbesök vid insulin + levnadsvanebehandling	4	16 112
Läkemedel och testmaterial för egenmätning, hela behandlingsperioden		
Egenmätning blodglukos (antagande 4 test per dag)	336	1 057
Insulin ^b		943[10, 11]

Källa: Kostnader för insatser i primärvården och mödrahälsovården och insatser i den specialiserade vården, exempelvis specialistmödravård eller endokrinologmottagning baseras på källa: [12]. Kostnader för peroral glukosbelastning inklusive labbtest, baseras utöver [12] på följande källa: [12, 13]. Kostnader för läkemedel och testmaterial för egenmätning, hela behandlingsperioden baseras på källa: [10, 11].

a) För gravida med negativt testsvar vid glukosbelastning före vecka 20 tillkommer en ny testkostnad i vecka 24–28 inom ramen för ordinarie testtillfälle.

b) Underlag om kostnader för insulinbehandling från CDC4G och förenklat antagande om 50 procent högre insulinkostnader på grund av längre behandlingstid.

Socialstyrelsens kunskapsunderlag pekar på att den grupp gravida med graviditetsdiabetes som med de nya gränsvärdena kommer till gruppen diagnostiserade, och därmed får behandling i stället för att som med WHO:s gränsvärden inte inkluderats bland de som ska behandlas, har lägre risk för makrosomi eller att barnet föds stort för tiden men troligen inte någon skillnad på behov av kejsarsnitt. Inom ramen för konsekvensbeskrivningen görs inte någon uppskattning av vilka effekter denna hälsovinst kopplad till

lägre risk för makrosomi också skulle kunna ha på resursanvändning och kostnader men svenska studieresultat kommenteras i diskussionen.

Resultat

Rekommendationerna med nya enhetliga gränsvärden för graviditetsdiabetes förväntas vara förenat med att totalt sett fler gravida genomgår OGTT i Sverige. Svenska data för allmän testning visar att omkring 19 procent av gravida skulle uppfylla kriterierna om de testades inom ramen för mödravården i graviditetsvecka 24–28 och testresultatet bedömdes enligt de rekommendationens gränsvärden. Om i genomsnitt fyra gravida testas för att identifiera en person med graviditetsdiabetes skulle det på nationell nivå innebära att andelen kvinnor som gör peroral glukosbelastning skulle öka från 31 procent till 76 procent. Det är stor variation mellan regioner i hur stor andel av de testade som diagnostiseras vilket talar för att det kan vara svårt att fånga alla som tillhör riskgrupper.

Utifrån antaganden om extra besök, samtal, egenmätningar och behandlingar enligt tabell 5 blir merkostnaden per gravid med graviditetsdiabetes som behandlas med enbart levnadsvanebehandling omkring 16 800 kronor under resten av graviditeten. Motsvarande kostnad för en gravid med läkemedelsbehandling som tillägg är omkring 25 800 kronor under resten av graviditeten. För regioner som i nuläget har låg andel gravida som genomgått glukosbelastning kommer även kostnaderna för glukosbelastning att öka vilket illustreras i räkneexemplen i tabell 6.

Tabell 1 6 visar förväntade kostnadskonsekvenser av en enhetlig tillämpning av gränsvärden i regioner och till det kopplat en ökning av antal genomförda glukosbelastningstest i regioner med förhållandevis låg andel gravida som erbjuds test i nuläget. Detta utifrån antagandet att fler än de som faktiskt har graviditetsdiabetes behöver testas för att hitta alla. Beräkningen utgår från ett år med 100 000 förlossningar och att alla som diagnostiseras behandlas med levnadsvanebehandling med tillägg av läkemedelsbehandling vid behov. Vidare utgår beräkningen från att alla med graviditetsdiabetes fångas upp genom att hälso- och sjukvården arbetar efter de nya riktlinjerna.

Jämfört med nuläget skulle det innebära att hälso- och sjukvården skulle testa 45 000 fler gravida i Sverige vilket skulle öka kostnaderna med 103 miljoner kronor per år nationellt jämfört med nuläget. Den ökade användningen av glukosbelastning skulle också enligt antagandena resultera i nästan en tredubbling av antal gravida kvinnor behandlas för graviditetsdiabetes än i nuläget, en ökning från omkring 6500 per 100 000 gravida till omkring 19 000 per 100 000 gravida. Detta skulle öka hälso- och sjukvårdens kostnader med 268 miljoner kronor per år jämfört med nuläget för levnadsvanebehandlingar och vid behov läkemedelsbehandling.

Tabell 6. Förväntade kostnader av en enhetlig tillämpning av gränsvärden och ett ökat antal glukosbelastningstester.

Nuläget väger in regionala skillnader som finns idag, medan beräkningarna för konsekvenser med ny rekommendation innebär att det inte längre är skillnader mellan regioner. Baserat på 100 000 förlossningar per år.

	Nuläge	Med rekommenderade gränsvärden	Merkostnader för fler OGTT och fler behandlingar av graviditetsdiabetes
Antal genomförda OGTT	31 000	76 000	103 miljoner kronor
Antal gravida diagnostiserade med graviditetsdiabetes	6 500	19 000	268 miljoner kronor

Källa: För antal OGTT bygger nuläge på registrerade OGTT i graviditetsregistret [2] och för rekommenderade gränsvärden på antaganden gjorda av Socialstyrelsens projektgrupp. För antal gravida diagnostiserade med graviditetsdiabetes bygger nuläge på riskbaserad testning, genomsnittlig andel i riket (se tabell 4) och de rekommenderade gränsvärdena bygger på underlag för Region Skåne om andel gravida som finns inom de nya gränsvärdena och tillämpat på 100 000 förlossningar. Opublicerade data från den svenska CDC4G studien [10]. Merkostnad för ökad andel som genomgår OGTT bygger på antagande om ett fall per fyra genomförda OGTT. Merkostnad för behandling av graviditetsdiabetes bygger på antagandet om att andelen gravida med diagnostiserad graviditetsdiabetes ökar från 6,5 procent till 19 procent

Tabell 7 beräknar förväntade kostnader per år per 1000 gravida (med eller utan graviditetsdiabetes). Tabellen utgår från tre olika utgångslägen. Resultaten pekar på merkostnader oavsett nuläge på grund av ökat antal gravida som genomför glukosbelastning och/eller ökad andel som behandlas med levnadsvanebehandling och vid behov läkemedelsbehandling. En region som exempelvis har 3 000 förlossningar kan då räkna fram att merkostnaderna blir tre gånger de belopp som redovisas i tabell 7 per år. Detta motsvarar då ökade kostnader för vården av gravida med mellan 8 miljoner kronor och 14 miljoner kronor mer per år beroende på i vilken utsträckning regionen redan i nuläget hittar, följer upp och behandlar gravida med graviditetsdiabetes.

Tabell 7. Underlag för regioner beroende på nulägets gränsvärden samt om regionen erbjuder allmän eller riktad testning.

Tillkommande kostnader per år per 1000 gravida.

Gränsvärde i regionen i nuläget	Nuläge	Nyläge	Skillnad
Kostnader för fler glukosbelastningar. Per 1000 gravida			
Riktad testning, gränsvärde fastande idag 5,1 mmol/l	909 000	1 733 000	824 000
Riktad testning, gränsvärde fastande idag 7,0 mmol/l	455 000	1 733 000	1 278 000
Allmän testning, gränsvärde fastande 7,0 mmol/l	2 114 000	2 114 000	0
Kostnader för levnadsvanebehandling och vid behov läkemedelsbehandling. Per 1000 gravida			
Riktad testning, gränsvärde fastande idag 5,1 mmol/l	2 082 000	4 059 000	1 976 000
Riktad testning, gränsvärde fastande idag 7,0 mmol/l	690 000	4 059 000	3 369 000
Allmän testning, gränsvärde fastande 7,0 mmol/l	836 000	3 767 000	2 931 000
Totala kostnader för OGTT, levnadsvanebehandling och läkemedelsbehandling. Per 1000 gravida			
Riktad testning, gränsvärde fastande idag 5,1 mmol/l	2 992 000	5 791 000	2 800 000
Riktad testning, gränsvärde fastande idag 7,0 mmol/l	1 144 000	5 791 000	4 647 000
Allmän testning, gränsvärde fastande 7,0 mmol/l	2 950 000	5 881 000	2 931 000

Förkortningar: OGTT, peroral glukosbelastning

Källa: Räkneexempel. Beräkningar bygger på antaganden gjorda av Socialstyrelsens projektgrupp.

Den kostnadsökning som redovisas i tabell 7 innehåller både kostnadsökningar på grund av att fler gravida testas jämfört med nuläget och att fler gravida erbjuds behandling enligt rekommendationer vid graviditetsdiabetes.

Regioner som i nuläget använder fastevärdet 5,1 mmol/l som gränsvärde identifierar i nuläget fler gravida med graviditetsdiabetes och de gör även i flera fall glukosbelastningar av en större andel av gravida. Det innebär att de kommer att få mindre kostnadsökningar eftersom de genom detta ligger närmare den nya rekommendationens förväntade antal diagnostiserade. Regioner som i nuläget använder fastevärdet 7,0 mmol/l som gränsvärde identifierar färre med graviditetsdiabetes och har ofta en mindre andel gravida som genomgått glukosbelastning. För dessa regioner innebär rekommendationen ökade kostnader för att genomföra fler glukosbelastningar och att fler gravida blir aktuella för behandling av graviditetsdiabetes. De två regioner som i nuläget erbjuder allmän testning kommer att få kostnadsökningar på grund av att fler gravida förväntas få åtgärder för förbättrad glukoskontroll och behandling för graviditetsdiabetes med rekommendationens nya gränsvärden.

Exempelvis innebär en ökning av andel som genomför glukosbelastning från 20 procent till 40 procent att 200 fler kvinnor per 1000 gravida genomför glukosbelastning. Om 76 procent av alla gravida behöver genomgå glukosbelastning för att säkert hitta alla fall motsvarar det 760 per 1 000 gravida. På samma sätt innebär en ökning av andel gravida diagnostiserade med graviditetsdiabetes från 6,5 procent till 19 procent att 125 fler kvinnor per 1 000 gravida ska erbjudas levnadsvanebehandling och mellan 37 och 63 av dessa kan förväntas också behöva läkemedelsbehandling.

Känslighetsanalys

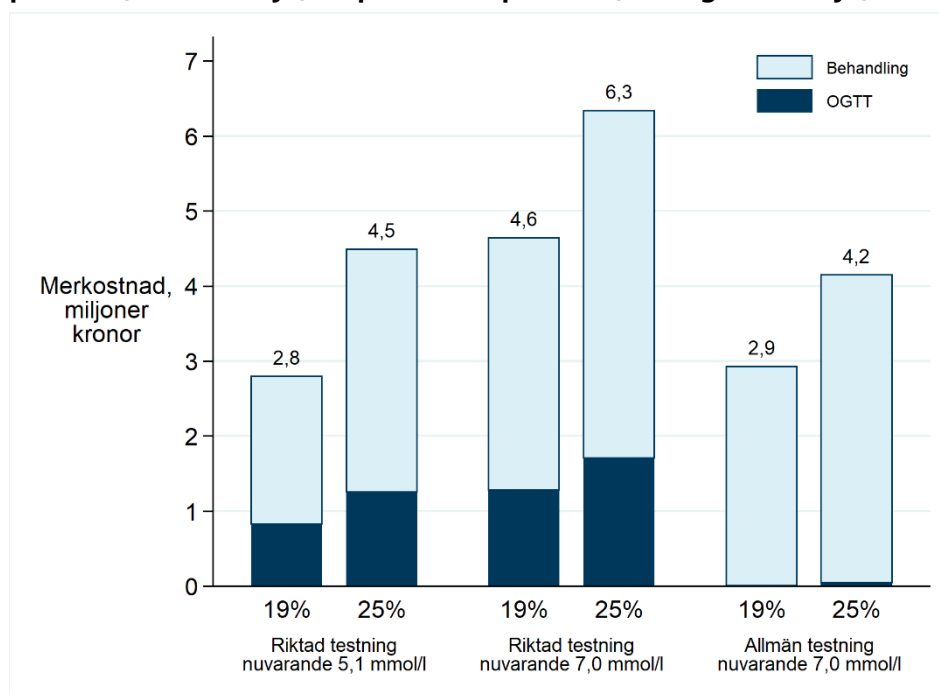
Beräkningarna i resultatavsnittet utgår från att andelen kvinnor med diagnostiserad graviditetsdiabetes ökar från nulägets runt 6,5 procent till 19 procent av alla gravida. Socialstyrelsen har också genomfört beräkningar av hur stora de förväntade kostnadsökningarna kan bli om andelen som diagnostiseras med graviditetsdiabetes blir 25 procent av alla gravida i stället för 19 procent. Figur 5 visar dessa förväntade kostnadsökningar per år jämfört med nuläget för hälso- och sjukvården per 1000 gravida i konsekvensanalysens tre räkneexempel. Merkostnaden blir högre i känslighetsanalysen än i konsekvensbeskrivningens huvudanalys. Detta beror delvis på att fler gravida förväntas genomgå glukosbelastning, men framför allt på att fler gravida blir diagnostiserade med och behandlas för graviditetsdiabetes.

På nationell nivå skulle en förekomst av graviditetsdiabetes motsvarande 25 procent innebära att merkostnaden för glukosbelastning mer än tredubblas jämfört med nuläget när 6,5 procent diagnostiseras, från 70 miljoner kronor till 216 miljoner kronor per år, en ökning med 146 miljoner kronor per 100 000 gravida.

Kostnaderna för levnadsvanebehandling av graviditetsdiabetes och vid behov läkemedelsbehandling skulle också mer än tredubblas från 138 miljoner kronor till 532 miljoner kronor, en ökning med 395 miljoner kronor

per 100 000 gravida. Totalt förväntas rekommendationen öka kostnaderna för hälso- och sjukvården från 208 miljoner kronor per år i nuläget till 748 miljoner kronor per år för att genomföra glukosbelastning samt följa upp och vid behov behandla graviditetsdiabetes per 100 000 gravida. Detta om så många som 25 procent av alla gravida diagnostiseras med graviditetsdiabetes.

Figur 5. Merkostnader för glukosbelastning och behandling av graviditetsdiabetes per 1000 gravida jämfört med nuläget om andel gravida med graviditetsdiabetes med ny rekommendation blir 19 procent (huvudanalys) respektive 25 procent (känslighetsanalys).



Källa: Räkneexempel. Beräkningar bygger på antaganden gjorda av Socialstyrelsens projektgrupp.

Diskussion

De glukosgränsvärden som bör gälla för graviditetsdiabetes enligt Socialstyrelsens rekommendation kommer att innebära kostnadsökningar för mödravården i de flesta regionerna. Dessa kostnadsökningar beror delvis på att rekommendationen förväntas leda till att flera regioner kommer att behöva erbjuda fler gravida än idag att göra glukosbelastning i vecka 24–28 för att identifiera så stor andel som möjligt av de med graviditetsdiabetes. Framför allt beror det dock på att fler gravida som har blodsockervärden som ligger över rekommendationens gränsvärden identifieras och då ska erbjudas levnadsvanebehandling och vid behov läkemedelsbehandling.

Att antalet fall av registrerad graviditetsdiabetes kommer att öka stöds av studiedata från den svenska kliniska studien Changing the Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes Mellitus (CDC4G) för omkring 10 000 gravida insamlade i Skåne 2017–2019 där man sedan länge erbjuder allmän

glukosbelastning i vecka 24–28, dock med kapillär provtagning [11]. Socialstyrelsen har bedömt att detta data är det mest representativa tillgängliga underlaget för en bredare grupp gravida i Sverige, men också att det kan innebära en låg skattning på grund av att statistiken utgick från fastevärdet och de mätmetoder som använts i mödravården i Region Skåne. Därför har vi bedömt att det är relevant att belysa konsekvenserna av även en högre förekomst, att 25 procent av gravida har graviditetsdiabetes.

Eftersom det finns betydande skillnader mellan regioner idag avseende rutiner för att erbjuda glukosbelastning och vilka gränsvärden som ligger till grund för att erbjuda åtgärder för att följa och vid behov sänka blodsockret innebär en anpassning till riktlinjens rekommendation olika stora förändringar i mödravården i olika regioner. Konsekvensbeskrivningens tre räkneexempel visar att regioner som idag företrädesvis testar riskgrupper och använder högre gränsvärden kommer att ha större kostnadsökningar än regioner som redan har allmän testning eller tillämpar lägre gränsvärden. Beräkningarna pekar dock på kostnadsökningar för de flesta regionerna jämfört med nuläget.

Konsekvensbeskrivningen omfattar ökade insatser som kopplas till glukosbelastning, uppföljning, levnadsvanebehandling och läkemedelsbehandling. Socialstyrelsens kunskapsunderlag visar att en förbättrad uppföljning av gravida med graviditetsdiabetes också kopplas till en lägre risk för makrosomi och lägre risk för att barnet föds stort för tiden. Det saknas underlag för att bedöma hur dessa utfall i sig påverkar kostnaderna för mödravård och förlossning. Exempelvis pekar inte resultaten i kostnadsanalyserna från den svenska CDC4G-studien på minskade kostnader för mödravård och förlossning i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen [10]. Tidigare svenska studier har visat samband mellan makrosomi och långsiktiga risker inklusive risken för att utveckla obesitas och typ 2 diabetes som vuxen [14, 15]. Det behövs ytterligare forskning i stora populationer med möjlighet att ta hänsyn till flera riskfaktorer för att vidare studera hur denna kedja av förhöjda relativa risker från förbättrad glukoskontroll hos gravida med graviditetsdiabetes till att färre barn föds med makrosomi som i sin tur kan förväntas få en mindre risk att drabbas av sjukdom som vuxna. Detta eftersom det rör sig om komplexa samband med flera samspelsfaktorer. Det innebär att den beräknade sammansatta absoluta risken för dessa sjukdomar som kan härledas tillbaka till just insatser under graviditet kan avse ett begränsat antal individer [11, 15].

Räkneexemplen i konsekvensbeskrivningen bygger på flera förenklingar av hur mödravårdens insatser ser ut i dag och hur de kommer att se ut om riktlinjens rekommendation följs. Utgångspunkten har varit hur det ser ut för en genomsnittlig gravid kvinna med graviditetsdiabetes med inspiration från fyra regioners riktlinjer för hur glukosbelastning, behandling och uppföljning av graviditetsdiabetes ska se ut. Dessa antaganden och

förenklingar redovisas i metodavsnittet och innebär att räkneexemplens innehåll kan behöva modifieras för en specifik region utifrån hur riktlinjer och följsamhet till dessa ser ut i praktiken.

Slutsats

Nya gränsvärden för graviditetsdiabetes förväntas innebära att regionerna kommer att identifiera fler gravida med graviditetsdiabetes. Detta innebär ökade kostnader för uppföljning, levnadsvanebehandling och läkemedelsbehandling vid behov. Dessa kostnadsökningar kan för hela riket motsvara mellan 370 miljoner kronor och 540 miljoner kronor, beroende på den faktiska förekomsten av graviditetsdiabetes. Socialstyrelsens kunskapsunderlag har enbart undersökt hälsovinster på kort sikt. Dessa pekar på hälsovinster i form av att 5–6 procentenheter färre barn föds med makrosomi eller stora för tiden om alla som i nuläget inte behandlas får diagnos och behandling utifrån Socialstyrelsens rekommendation. Även om långsiktiga hälsoutfall inte har undersökts i kunskapsunderlaget, talar befintlig kunskap för att det kan finnas potentiella hälsovinster på längre sikt för både mor och barn av att identifiera fler gravida med graviditetsdiabetes.

Id 19: Tidig behandling av graviditetsdiabetes för gravida med riskfaktorer

Rekommendationerna om att erbjuda glukosbelastning före vecka 20 till gravida med riskfaktorer och tidig behandling av graviditetsdiabetes väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Detta eftersom gravida i riskgrupper kommer att erbjudas glukosbelastning vid två tillfällen och att en tidigare diagnos innebär att egenkontroller, uppföljning och behandling pågår under en större del av graviditeten jämfört med nuläget då glukosbelastning erbjuds i veckan 24–28. Konsekvensbeskrivningen för rekommendationen Id 19 utgår från att regionen tillämpar de gränsvärden som anges i Id 18. Utgångspunkten är att 19 procent av alla gravida diagnostiseras med graviditetsdiabetes.

Socialstyrelsens beräkningar redovisar förväntade kostnadsökningar för två fall beroende på hur stor andel av alla gravida som uppfyller kriterier för att tillhöra riskgrupper:

- 30 procent
- 50 procent

Detta är två alternativa antaganden utifrån statistikunderlag i graviditetsregistret, Socialstyrelsens register över graviditet och förlossning samt en svensk studie. Beräkningarna bygger också på uppgifter hämtade från en genomgång av regionernas riktlinjer och rutiner för behandling vid diagnostiserad graviditetsdiabetes.

Antal aktuella gravida: Omkring 100 000 gravida per år i riket.
Beräkningar görs även per 1000 gravida.

- **Behandlingsform:** Mödravård och rådgivning inklusive
 - Egenkontroller
 - Levnadsvanebehandling (kost och fysisk aktivitet)
 - Läkemedelsbehandling
- Merkostnad för uppföljning och behandling per gravid med graviditetsdiabetes (antagande 20 veckor):
 - Endast levnadsvanebehandling omkring 27 600 kronor
 - Både läkemedels- och levnadsvanebehandling omkring 37 000 kronor

Regionernas merkostnad: Om gravida i riskgrupper erbjuds glukosbelastning vid ett extra tillfälle före vecka 20 och vid behov uppföljning och behandling av graviditetsdiabetes förväntas regionernas kostnader för mödravården öka med mellan 266 miljoner kronor och 303 miljoner kronor på nationell nivå. Merkostnaden per 1000 gravida ligger då mellan 2,7 miljoner kronor och 3 miljoner kronor beroende på hur många gravida som anses tillhöra riskgrupper.

Metod

För att kunna starta behandling av graviditetsdiabetes före vecka 20 behöver gravida som tillhör riskgrupper som identifieras i rekommendationen genomföra glukosbelastning tidigt. Socialstyrelsen listar följande riskfaktorer som ger anledning att undersöka blodsockervärdet:

- BMI ≥ 30 kg/m²
- tidigare graviditetsdiabetes
- tidigare födsel av ett stort barn: makrosomi ($\geq 4\,500$ g) eller LGA (+ 2SD)
- förstagrads släkting med diabetes (alla typer)
- utomeuropeiskt ursprung

Konsekvensanalysen baserar antaganden om hur stor andel av gravida som har en eller flera av dessa riskfaktorer, och därmed behöver genomföra en tidig glukosbelastning, på statistik över andel med BMI ≥ 30 kg/m² och andel med utomeuropeiskt ursprung. Statistikdatabasen för graviditeter, förlossningar och nyfödda visar att år 2023 hade 18 procent av alla gravida i Sverige BMI ≥ 30 kg/m², men detta varierade mellan 14 procent (Stockholm) och 24 procent (Sörmland, Västernorrland). Den svenska kliniska studien Changing the Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes Mellitus (CDC4G) [11] med datainsamling åren 2017–2019 redovisar uppgifter om att omkring 22 procent hade utomeuropeisk bakgrund. Ytterligare underlag om förekomst av riskfaktorer bland gravida som genomgått tidig OGTT kommer från en sekundäranalys av data från CDC4G för Region Skåne som erbjuder tidig OGTT vid specifika riskfaktorer.

Mot bakgrund av dessa uppgifter använder beräkningarna en konservativ uppskattning att åtgärden kan vara aktuell för omkring 30 procent av alla gravida. Detta kan vara en underskattning eftersom inte underlag för alla riskfaktorer tagits med och det skulle innebära att de båda riskfaktorerna också ofta förekommer samtidigt. En alternativ beräkning antar att det i stället är 50 procent av alla gravida som genomför en tidig glukosbelastning. Regioner som i nuläget erbjuder peroral glukosbelastning till gravida i riskgrupper testar mellan 14 procent och 44 procent av alla gravida [3].

Utgångspunkten för beräkningarna är att regionen tillämpar de gränsvärden som anges i Id 18. Det innebär då att denna konsekvensbeskrivning inte tar hänsyn till de observerade skillnader i valda gränsvärden som finns mellan regionerna år 2024. Konsekvensbeskrivningen här avser endast hur en tidigare satt diagnos kan förväntas påverka kostnaderna. Beräkningarna utgår också från att det totalt är 19 procent av alla gravida diagnostiseras med graviditetsdiabetes. Jämförelsen görs mellan att diagnosen görs redan före vecka 20 respektive först i vecka 24–28. Beräkningarna redovisas på nationell nivå med utgångspunkt i 100 000 förlossningar per år samt per 1000 förlossningar för enklare beräkningar på regional nivå.

Konsekvensbeskrivningen tar sin utgångspunkt i den multicenterstudie som ligger till grund för rekommendationen om tidig behandling [16]. Knappt 22 procent av de gravida som tillhörde riskgrupper och gjorde glukosbelastning före graviditetsvecka 20 hade fastebloodsocker 5,1 mmol/l eller mer vid venös provtagning och randomiserades till intervention. Detta gränsvärde ligger i nivå med Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärde eftersom provtagningsrör med tillsats av sur citratbuffert inte användes. Beräkningarna har därför utgått från den observerade andelen med graviditetsdiabetes bland skånska deltagare i CDC4G-studien som hade blodsockervärden 5,3 mmol/l eller mer vid kapillär provtagning, motsvarande 5,1 mmol/l venöst (19 procent) [8, 9].

Åtgärden innebär att en grupp gravida erbjuds glukosbelastning före vecka 20 och om den gravida har blodsockervärden över gränsvärdena påbörjas behandlingen fyra till åtta veckor tidigare än om samma kvinna skulle testats först i vecka 24–28 i graviditeten och då haft blodsockervärden över gränsvärdena. Socialstyrelsen har utgått från att detta leder till fler besök inom mödravården samt längre period för levnadsvanebehandling, egenmätning och vid behov läkemedelsbehandling (tabell 8).

Tabell 8. Antal vårdkontakter utöver basprogrammet, egenmätning av blodglukos samt läkemedelsbehandling för gravida med tidig behandling för graviditetsdiabetes från vecka 20.

Beräknad kostnad i kronor. Se mer detaljer i Tabell 1 för förväntade vårdkontakter utöver basprogrammet för gravida med graviditetsdiabetes.

Insats	Antal	Kostnad i kronor
Insatser i primärvården och mödrahälsovården		
Peroral glukosbelastning inklusive labbtest ^a	1,8	2 273[12, 13]
Barnmorska, uppföljning, egenmätning	2	1 499[12]
Diabetessjuksköterska	3	1 280[12]
Dietist	1	843
Insatser i den specialiserade vården, exempelvis specialistmödravård eller endokrinologmottagning		
Barnmorska	3	4 059
Läkarbesök vid levnadsvanebehandling	3	8 056[12]
Läkarbesök vid insulin + levnadsvanebehandling	5	16 112[12]
Läkemedel och testmaterial för egenmätning, hela behandlingsperioden		
Egenmätning blodglukos (antagande 4 test per dag under 20 veckor)	560	1 761[10, 11]
Insulin ^b		1 415[10, 11]

Källa: Insatser i primärvården och mödrahälsovården och insatser i den specialiserade vården, exempelvis specialistmödravård eller endokrinologmottagning: [12], samt för peroral glukosbelastning inklusive labbtest också: [12, 13]

Läkemedel och testmaterial för egenmätning, hela behandlingsperioden: [10, 11]

^{a)} För gravida med negativt testsvar vid glukosbelastning före vecka 20 tillkommer en ny testkostnad i vecka 24–28 inom ramen för ordinarie testtillfälle.

^{b)} Underlag om kostnader för insulinbehandling från CDC4G och förenklat antagande om 50 procent högre insulinkostnader på grund av längre behandlingstid.

Resultat

Rekommendationerna om att erbjuda glukosbelastning före vecka 20 till gravida med riskfaktorer och tidig behandling av graviditetsdiabetes väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Detta beror både på ökade kostnader för glukosbelastning då gravida som tillhör riskgrupper kan erbjudas både test tidigt före vecka 20 och även ett test vid det ordinarie tillfället i vecka 24–28 för dem som hade blodsockervärden under gränsvärdena vid det första tillfället.

På nationell nivå förväntas kostnaderna för glukosbelastning öka med mellan 55 miljoner kronor och 92 miljoner kronor när gravida med riskfaktorer ska erbjudas glukosbelastning också innan vecka 20 (tabell 9). Under antagandet att det är samma andel gravida som blir diagnostiserade med graviditetsdiabetes någon gång under graviditeten både i analysens nuläge och i ett nyläge där rekommendationen om tidig testning och behandling är införd, blir kostnadsökningarna för uppföljning och behandling desamma, 211 miljoner kronor mer per 100 000 gravida i alternativ 1 och alternativ 2. De ökade behandlingskostnaderna står alltså för merparten av kostnadsökningen på mellan 266 miljoner kronor och 303 miljoner kronor.

Tabell 9. Förväntade nationella kostnader för glukosbelastning vid utökad testning före vecka 20 hos gravida med riskfaktorer.

Kostnader i miljoner kronor per 100 000 förlossningar.

	Nuläge	Alternativ 1: 30 procent av gravida har riskfaktorer		Alternativ 2: 50 procent av gravida har riskfaktorer	
		Nyläge	Ökning	Nyläge	Ökning
OGTT	173	228	55	265	92
Behandling	406	617	211	617	211
Totalt	579	845	266	882	303

Förkortningar: OGTT, peroral glukosbelastning

Källa: Räkneexempel. Beräkningar bygger på antaganden gjorda av Socialstyrelsens projektgrupp.

Resultaten i tabell 9 kan också omsättas till kostnad per 1000 förlossningar för enklare anpassning till regional nivå. Kostnader för glukosbelastning och behandling är då omkring 5,8 miljoner kronor per 1000 förlossningar i nuläget och ökar till mellan 8,5 miljoner kronor och 8,8 miljoner kronor beroende på hur stor andel av gravida som har riskfaktorer och ska erbjudas glukosbelastning också före vecka 20.

Diskussion

Rekommendationen om tidig behandling vid graviditetsdiabetes ökar kostnaderna för mödravården både inom ramen för primärvården och för specialistvården. Exakt hur denna fördelning ser ut beror på regionens riktlinjer för handläggning av graviditetsdiabetes. Konsekvensbeskrivningen har utgått från en sammanställning av underlag i regionala riktlinjer och speglar en genomsnittlig förväntad ökning i besök och uppföljningar.

Kunskapsunderlaget redovisar underlag för en större multicenterstudie och drar slutsatsen att tidig behandling av graviditetsdiabetes kan minska risken

för förlossningsbristningar och kan minska risken för neonatala andningssvårigheter. Tillförlitligheten i resultaten bedömdes dock som låg eftersom underlaget bestod av en studie och de studerade utfallen är förhållandevis ovanliga vilket innebär statistisk osäkerhet. Minskningar i dessa två risker kan påverka resursbehov och därmed kostnader. Dock saknas tillräcklig information om för att beskriva dessa möjliga kostnadsbesparingar jämfört med vad de kostnadsökningar som fler glukosbelastningar och fler gravida som behandlas för graviditetsdiabetes under längre tid innebär.

Slutsats

Tidig behandling av graviditetsdiabetes för gravida med riskfaktorer förväntas på nationell nivå öka hälso- och sjukvårdens kostnader på mellan 266 miljoner kronor och 303 miljoner kronor per 100 000 förlossningar om 19 procent har graviditetsdiabetes. De ökade kostnaderna beror på att fler gravida i riskgrupper förväntas göra peroral glukosbelastning både en gång före graviditetsvecka 20 och vid tillfället i vecka 24–28. Framför allt ökar kostnaderna dock till följd av uppföljning och behandling av graviditetsdiabetes under en större del av graviditeten.

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 huvudbjudning 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 diagnostisera 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 Socialstyrelsens projektgrupp antar kostnadsberäkningarna att den extra bedömare 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 [6] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [7].

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 10 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, 17], 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 exempelklirik 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 10 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 10. 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	

Källa: Total personalkostnad nationellt är 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 för år 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 [18]. 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 förlossningsklinikerna 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 [19]. 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 enkätsvar 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 förlossningsklinikerna 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 förlossningsklinikerna har 550 vakanser kan förlossningsklinikerna 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 [6] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [7]. 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 kartlägningsrapport. 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 11. 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.

Tabell 11 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 11 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 11. 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 ^a
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 sjukhus ^b		
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

Källa: a) Socialstyrelsens kartläggning och analys av förlossningsvården, [18] 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 [18]. 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 tillsatts.

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
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 ([20], 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 ([20], 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 Socialstyrelsens projektgrupp för graviditetsdiabetes 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 [6] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [7].

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 12. 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 12 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 12. 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		
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 sakkunniga i Socialstyrelsens projektgrupp 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 [6] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [7].

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 13 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 13. 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 nationellt ^a		
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	

Källa: 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 [21]. 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 allvarligare 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 [22]. 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 Socialstyrelsens projektgrupps sakkunniga 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 Socialstyrelsens projektgrupps sakkunniga 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 [6] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [7].

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 14. 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 exempelklirik som tar emot 1 000 förlossningar per år beräknas till nästan 157 000 kronor.

Tabell 14. 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	

Källa: 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 projektgruppens sakkunniga 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 psykiatri, 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 [23]. 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 [24]. 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 [17].

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 [6] samt lönekostnadspåslag inklusive sociala avgifter [7]. 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 15 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 15. 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	

Intervention	Kostnad Kronor	Kommentar
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	
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.

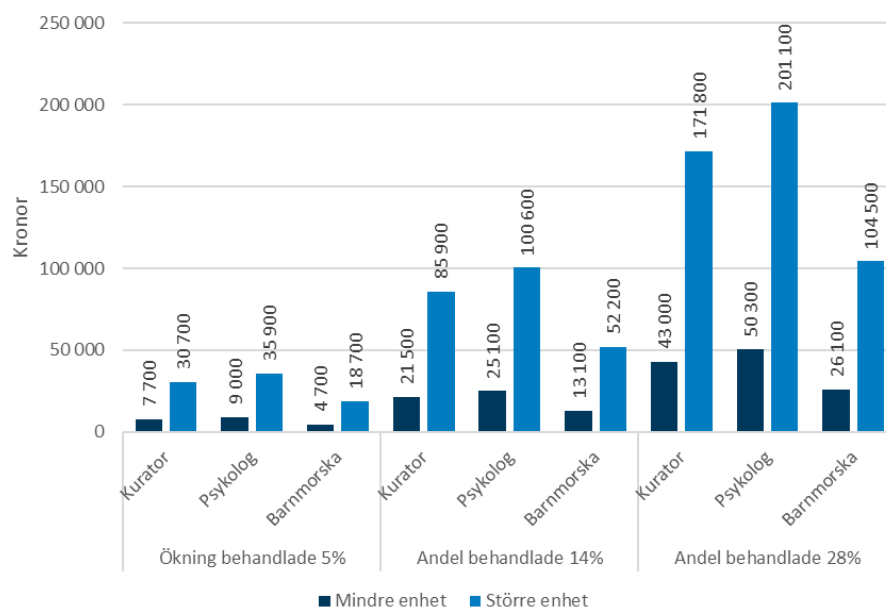
Kostnadsbeskrivningen utifrån olika scenarion för andelen gravida som får behandling för psykisk ohälsa presenteras i Figur 6. En ökning i andelen behandlade med 5 procentenheter skulle leda till kostnader för en mindre mottagning på mellan 7 700 och 9 000 kronor för besök hos kurator eller psykolog 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 6. Scenarier för behandling för psykisk ohälsa bland gravida.

Personalkostnad per år för mindre respektive enhet inom mödravården.



Källa: Räkneexempel. Beräkningar bygger på antaganden gjorda av Socialstyrelsens projektgrupp.

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. https://sdb.socialstyrelsen.se/iframe_004/val.aspx; 2026.
2. Graviditetsregistret. Datauttag. <https://www.medscinet.com/GR/datauttag.aspx>; 2025.
3. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2024; 2025.
4. 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.
5. Ryan DH EM, 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.
6. Statistiska centralbyrån (SCB). Genomsnittlig månadslön och lönespridning efter sektor, yrke (SSYK 2012) och kön. År 2022. 2023. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0110_AM0110A/LoneSpridSektorYrk4A/
7. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Arbetsgivaravgifter och PO-pålägg 2023. Hämtad från: <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/budgetochplanering/arbetsgivaravgifterochpopalagg.1290.html>
8. Ignell C, Berntorp K. Evaluation of the relationship between capillary and venous plasma glucose concentrations obtained by the HemoCue Glucose 201+ system during an oral glucose tolerance test. Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. 2011; 71(8):670–5.
9. Nevander S, Landberg E, Blomberg M, Ekman B, Lilliecreutz C. Comparison of Venous and Capillary Sampling in Oral Glucose Testing for the Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus: A Diagnostic Accuracy Cross-Sectional Study Using Accu-Chek Inform II. Diagnostics. 2020; 10(12):1011.
10. de Brun M, Johansson N, Simmons D, Montgomery S, Berntorp K, Jansson S, et al. Implications of Changing the Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes Mellitus (CDC4G): A Healthcare Cost Analysis Alongside a Stepped Wedge Cluster Randomised Trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2025:1–11.
11. de Brun M, Magnuson A, Montgomery S, Patil S, Simmons D, Berntorp K, et al. Changing diagnostic criteria for gestational diabetes (CDC4G) in Sweden: A stepped wedge cluster randomised trial. PLOS Medicine. 2024; 21(7):e1004420.
12. Sveriges kommuner och regioner (SKR). Retrospektiva DRG-vikter primärvård 2019-2024. 2025.
13. Region Skåne medicinsk service. Prislista Labmedicin Region Skåne samt Region Blekinge, Södra Halland och Kronoberg. 2025.
14. Cnattingius S, Villamor E, Lagerros YT, Wikstrom AK, Granath F. High birth weight and obesity--a vicious circle across generations. Int J Obes (Lond). 2012; 36(10):1320–4.
15. Johnsson IW, Haglund B, Ahlsson F, Gustafsson J. A high birth weight is associated with increased risk of type 2 diabetes and obesity. Pediatr Obes. 2015; 10(2):77–83.

16. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Treatment of Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed Early in Pregnancy. *N Engl J Med.* 2023; 388(23):2132–44.
17. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2021; 2022.
18. Socialstyrelsen. Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys. Slutrapport november 2022. Rapport 2022-11-8245. 2022.
19. 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. Contract No.: 2023:3. 2023.
20. GynOp-registret. Bristning vid förlossning grad 2 - Årsrapport från GynOp-registret avseende operationer utförda år 2022. 2023.
21. Vikström A JS-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.
22. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Förlossningsbristningar - Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. 2021.
23. 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.
24. Andersson L S-PI, 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.