

Nationella riktlinjer 2025:

# **Bilaga: Metodbeskrivning**

**Bäckenbottendysfunktion**



# Förord

Detta dokument är en bilaga till *Nationella riktlinjer 2025: Vård vid bäckenbottendysfunktion – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården*. Vi beskriver:

- Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården
- vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion.

Anders Berg  
Enhetschef  
Nationella riktlinjer 5

# Innehåll

<b>Varför vi tar fram nationella riktlinjer .....</b>	<b>5</b>
<b>Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde .....</b>	<b>6</b>
<b>Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad .....</b>	<b>8</b>
<b>Hur vi tar fram kunskapsunderlag .....</b>	<b>10</b>
<b>Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet .....</b>	<b>16</b>
<b>Hur vi tar fram nationella indikatorer .....</b>	<b>20</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>22</b>

# Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens mål med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjerna ska också bidra till att rätt insats används för rätt patientgrupp, för att på så sätt höja kvaliteten i hälso- och sjukvården. Dessutom ska riktlinjerna bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av öppna och systematiska prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på områden och sociala eller medicinska insatser där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågor inom ett område. I riktlinjerna ger vi rekommendationer om insatser på gruppnivå, som kan vara en utgångspunkt när regionerna tar fram kunskapsstöd som vårdprogram och vårdförlopp.

Det är Socialstyrelsen som beslutar om vilka riktlinjer vi tar fram. I vissa fall får vi i uppdrag av regeringen att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

## Varför vi tagit fram riktlinjer om bäckenbottendysfunktion

Nationella riktlinjer för vård vid bäckenbottendysfunktion kommer ur ett uppdrag från regeringen till Socialstyrelsen om att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård, med fokus på sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor. Som en första del av uppdraget skrev Socialstyrelsen en rapport om identifierade behov av strategiska insatser inom hälso- och sjukvården på området kvinnors hälsa [1]. Rapporten lyfte fram bäckenbottendysfunktion som ett av flera prioriterade områden i behov av insatser för att skapa en jämlik hälso- och sjukvård. Rapporten, tillsammans med tidigare kartläggningar från nationella aktörer [2, 3], låg till grund för vårt beslut om att ta fram nationella riktlinjer för vård vid bäckenbottendysfunktion.

# Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med nationella riktlinjer skapar vi en lista med tillstånd och insatser.

Med **tillstånd** menar vi till exempel, hos en individ:

- en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana
- risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar
- avsaknad av en riskfaktor eller sjukdom

Till varje tillstånd kopplar vi en **insats** som är möjlig att utföra. Det kan vara allt från en behandling eller stödinsats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande insatser. Exempel på insatser är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies), dagverksamhet (vid demenssjukdom), kognitiv beteendeterapi (vid ångestsyndrom) och kvalificerat rådgivande samtal (för att nå rökstopp).

Eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de frågor inom ett område där det finns behov av vägledning så finns det många tillstånd och insatser som vi inte tar med i listan.

Enbart insatser som finansieras med allmänna medel ingår i riktlinjerna, eftersom de i första hand ska vara ett stöd för att fördela allmänna resurser. Socialstyrelsen ger därmed inga rekommendationer om till exempel läkemedel som inte subventioneras av staten.

## Hur vi avgränsat riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

### Övergripande avgränsningar och definitioner

Bäckenbottendysfunktion är en heterogen tillståndsgrupp. Därför var det viktigt med en tydlig definition och avgränsning av vilka tillstånd som begreppet skulle innefatta i detta riktlinjearbete. Vi baserade avgränsningen på tidigare publicerade internationella riktlinjer på området, [4-6] samt information från professionsrepresentanter och sakkunniga experter. Utifrån detta definierade vi bäckenbottendysfunktion till att innefatta tillstånden:

- urininkontinens
- analinkontinens

- framfall
- bäckensmärtor
- tömningsbesvär från blåsa eller tarm
- sexuell dysfunktion.

En annan viktig definition gällde populationen, som vi avgränsade till att gälla kvinnor, 18 år och uppåt. Begreppet *kvinnor* hänvisar i detta riktlinjearbete till personer som har en bäckenbotten som bedöms som kvinnlig ur ett anatomiskt perspektiv (se huvudrapport och rubriken ”Riktlinjerna gäller kvinnor från 18 år” för mer information).

Avgränsningen till kvinnor byggde framförallt på regeringsuppdragets utformning, där uppdraget hänvisade till ”sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor”, samt att bäckenbottendysfunktion främst drabbar gruppen kvinnor. Avgränsningen ”18 år och uppåt” baserade vi främst på att de flesta problem inom bäckenbottendysfunktion som drabbar personer under 18 år täcks av nationella riktlinjer för vård vid endometrios och provocerad vulvodyni.

## Val av frågeställningar

Vi använde tidigare nämnda bakgrundsdocumenten från nationella och internationella aktörer [1-6], för att ta fram vilka frågeställningar som rekommendationerna skulle bygga på. Ytterligare underlag till frågeställningarna bestod av intervjuer med professionsföreträdare och representanter från patientorganisationer. I intervjusamtalen fick företrädarna lämna förslag på frågeställningar som de ansåg borde ingå i riktlinjerna, samt kommentera på redan angivna förslag till frågeställningar.

Socialstyrelsen projektledningsgrupp fattade det slutgiltiga beslutet om vilka frågeställningar som skulle ingå i riktlinjerna, utifrån fokus på att ge stöd inom lednings- och styrningsfrågor där vägledningsbehovet var särskilt stort. Under arbetets gång har både experter och patientföreträdare framfört behovet av rekommendationer för att exempelvis förbättra upptäckt, utredning och diagnostisering av patienter med bäckenbottendysfunktion, höja kompetensen kring bäckenbottendysfunktion, samt förbättra förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet för patientgruppen.

## Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna bedömer vi svårighetsgraden. Bedömningsarbetet utgår från en matris där vi väger samman varje tillstånds påverkan på livskvalitet och livslängd. Matrisen tar hänsyn till:

- fysiska eller psykiska symtom och funktionsnedsättningar, och funktionsnedsättningarnas praktiska och sociala konsekvenser
- hur ofta tillståndet gör sig påmint
- tillståndets varaktighet
- risken för framtida påverkan på livskvaliteten vid utebliven insats
- risken för förtida död.

Den sammanvägda svårighetsgraden av de olika dimensionerna bedöms sedan enligt en fyrgradig skala:

- mycket stor svårighetsgrad
- stor svårighetsgrad
- måttlig svårighetsgrad
- liten svårighetsgrad.

I graderingen eftersträvar vi ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom området. *Mycket stor svårighetsgrad* står med andra ord för betydande eller långvariga inskränkningar av hälsan eller stor risk för förtida död, alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

## Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

Projektledningsgruppens experter utförde bedömningarna av svårighetsgrad för de olika tillstånden med stöd av matrisen och Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Bäckenbottendysfunktion involverar flera olika organsystem, skelettdelar och muskelgrupper och kan ha en negativ inverkan på olika delar av det vardagliga fungerandet. Vård vid bäckenbottendysfunktion omfattar tillstånd som påverkar samtliga aspekter i bedömningen av svårighetsgrad.

Några av tillstånden i de nationella riktlinjerna för vård vid bäckenbottendysfunktion är breda och heterogena. För att säkerställa att hela populationen omfattas vid sådana tillstånd har svårighetsgraden bedömts



som ett spann – från måttlig till mycket stor eller från stor till mycket stor. Ett exempel är tillståndet ”personer med symtom på bäckenbottendysfunktion”, där svårighetsgraden har ett spann för att omfatta alla personer med symtom på bäckenbottendysfunktion som uppsöker vård. Åtgärderna kopplat till tillståndet syftar därmed till att identifiera personer med svåra tillstånd, men även upptäcka de med lindrigare symtom.

# Hur vi tar fram kunskapsunderlag

## Hur vi tar fram vetenskapligt underlag

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt välmeriterade experter inom aktuellt riktlinjeområde, för att tillsammans med Socialstyrelsens egna vetenskapliga projektledare, granska vetenskapliga studier för våra tillstånds- och åtgärdspar. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister görs en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker man efter enskilda studier av god kvalitet.

De effekter av en insats som vi utvärderar ska i första hand vara individnära. Exempel är effekter på överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga, men vad som är relevant att utvärdera kan variera mellan olika områden.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. De vetenskapliga projektledarna sammanställer det rådande kunskapsläget och redovisar:

- vilken effekt insatserna har på tillståndet
- hur stark evidensen är för effekten, det vill säga tillförlitligheten till resultaten som redovisas i de vetenskapliga studierna.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans "The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation") [7], som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyrgradig skala: hög, måttlig, låg och mycket låg tillförlitlighet till det vetenskapliga underlaget.

Nedan beskriver vi översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell insats vid ett specifikt tillstånd.

### Tabell 1. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)	Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten.
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.

Evidensstyrka	Förklaring
Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)	Innebär ytterst begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. Vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller studier av likartad kvalitet motsäger varandra.

Evidensgraderingen utgår från en bedömning av:

- studiedesign
- studiekvalitet
- överförbarhet
- studieresultatens precision
- risk för publikationsbias, det vill säga risk för snedvridning i sammanställningen av studieresultaten på grund av att opublicerade studier inte ingår.

Randomiserade kontrollerade studier utgår från ⊕⊕⊕⊕ medan observationsstudier utgår från ⊕⊕○○. Graderingen sänks om bedömningen visar att det finns brister i någon av punkterna ovan.

För observationsstudier kan graderingen höjas om det till exempel finns stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer (confounders) eller ett tydligt dosrespons samband.

## Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

Socialstyrelsens vetenskapliga projektledare tog fram kunskapsunderlaget med hjälp av en vetenskaplig författare. Den vetenskapliga författaren deklarerade eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin och en bedömning gjordes därefter att det inte förelegat något hinder för att delta i riktlinjearbetet.

Vi strukturerade frågeställningarna för varje rekommendation utifrån PICO-formatet (se kunskapsbilagan för utförligare information), med stöd av de sakkunniga experterna i projektledningsgruppen. Litteratursökningarna genomfördes sedan utifrån PICO för varje rekommendation.

Den vetenskapliga författaren relevansbedömde delar av den framtagna litteraturen utifrån titel och abstrakt, samt läste hela artiklar som bedömts överensstämma med PICO. Socialstyrelsens egna vetenskapliga projektledare relevansbedömde resterande delar av litteraturen, kvalitetsgranskade samtliga studier som överensstämde med PICO,

formulerade slutsatser om åtgärdernas effekt, samt angav vilken evidensstyrka dessa slutsatser grundade sig i.

De studiedesigner som vi inkluderade i detta riktlinjearbete var systematiska översikter och randomiserade kontrollerade studier. För flertalet av frågeställningarna inkluderade litteratursökningen även observationsstudier med kontrollgrupp.

## Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Ibland går det inte att uttala sig om effekter, bieffekter eller oönskade effekter av en insats. Det kan saknas vetenskapligt underlag från randomiserade kontrollerade studier, eller så är evidensstyrkan otillräcklig av andra orsaker. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning om insatsen kan Socialstyrelsen överväga att samla in beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen använder en modell för att samla in beprövad erfarenhet systematiskt. Modellen går ut på att – utifrån en så kallad konsensusprocess – bedöma om det råder enighet om en insatsens effekt. En panel med yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde tar ställning till insatsens nytta och eventuella olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera påståenden. Konsensus har uppnåtts när minst 75 procent av panelen är samstämmiga i sina svar. Panelen svarar anonymt via en webbaserad enkät.

## Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

Socialstyrelsen samlade in erfarenhetsbaserad kunskap i riktlinjerna för vård vid bäckenbottendysfunktion med hjälp av en konsensuspanel bestående av 112 personer. Konsensuspåståendena formulerades utifrån frågeställningarna i samråd med experterna i projektledningsgruppen.

Erfarenhetsbaserad kunskap utgjorde effektunderlag för 12 av de 14 frågeställningarna i detta riktlinjearbete. Antal svarande med erfarenhet av åtgärden, samt grad av samstämmighet, varierade mellan de olika frågeställningarna och framgår av respektive kunskapsunderlag.

Under arbetets gång ändrade vi ett begrepp i en av frågeställningarna relaterat till psykisk ohälsa. Därför behövde vi skicka ut

konsensuspåståendet, kopplat till det ändrade begreppet, en andra gång i reviderad form.

Konsensuspanelen hade en spridning över landet och täckte upp relevanta yrkeskategorier såsom läkare, fysioterapeuter, barnmorskor, distriktsjuksjuksköterskor och psykologer.

## Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar ibland hälsoekonomiska experter fram underlag om insatsens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet, och vilken evidens som finns för det.

De hälsoekonomiska experterna gör då en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska utvärderingar med relevans för de aktuella insatserna inom riktlinjeområdet. Tillstånd och insatser i denna genomgång utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjerna innehåller flera möjliga insatser för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla insatserna. De effektmått som främst används för att värdera kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår.

När vi bedömer att en studie har god kvalitet och är relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2 a). När vi bedömer att studien har god kvalitet men vissa brister i relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evidens. När det saknas relevanta studier gör experterna ofta egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten bedöms sedan enligt fyra kategorier, eller som inte bedömbär när det saknas ett underlag för att beräkna den (tabell 2 b).

### Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens bedöms enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagna i dialog med faktagruppens experter.

**Tabell 2b. Klassificering av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår**

Kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Ej bedömd	Insatsens effekt har inte bedömts.

## Hur vi tagit fram hälsoekonomiskt underlag i riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

För åtgärder som bedöms ha en låg kostnad per effekt, samt en stor till mycket stor svårighetsgrad, anser Socialstyrelsen att kostnadseffektivitetsberäkningar inte är nödvändiga. Detta eftersom resultaten från beräkningarna inte bedöms påverka prioriteringen av rekommendationen. När rekommendationer bygger på ett konsensusunderlag är det inte möjligt att genomföra kostnadseffektivitetsberäkningar, eftersom ett kvantitativt effektmått saknas. Kostnadseffektivitetsberäkningar genomförs inte heller på rekommendationer som har prioriterats som icke-göra. Utifrån ovanstående har vi därför inte genomfört några kostnadseffektivitetsberäkningar i detta riktlinjearbete.

## Hur vi tagit fram konsekvensbeskrivningar

Socialstyrelsen genomförde konsekvensanalyser och har beskrivit konsekvenser av de framtagna rekommendationerna under rubriken ”så påverkas hälso- och sjukvården” i huvudrapporten. Vi genomförde konsekvensanalyser på samtliga 14 rekommendationer.

Konsekvensanalyser är en systematisk utvärdering av sjukvårdskostnader kopplade till varje enskild rekommendation, samt en uppskattning av det antal patienter som berörs. Den hälsoekonomiska konsekvensanalysen för rekommendationerna i riktlinjerna för vård vid bäckenbottendysfunktion har gjorts av Socialstyrelsens hälsoekonomer. Analysen syftar till att ge en

överskådlig bild av de ekonomiska effekterna av att implementera de nya rekommendationerna inom hälso- och sjukvården.

Uppskattningen av kostnaden per patient baserade vi på en detaljerad bedömning av de sjukvårdsresurser som krävs för att implementera respektive rekommendation. Detta inkluderade personalkostnader, overheadkostnader samt andra operations-och behandlingskostnader som rekommendationen medför. Vi genomförde bedömningen i samråd med sakkunniga inom respektive medicinskt område. Lönekostnaderna hämtades från Statistiska centralbyråns (SCB) lönestatistik [8] för berörda yrkesgrupper, medan operationskostnader hämtades från Södra Sjukvårdsregionens prislistor [9].

För att beräkna antalet patienter som omfattas av respektive rekommendation använde vi patientregister (PAR). Beräkningen baserades på antalet patienter som behandlats med relevanta diagnoskoder under år 2023.

# Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet

För att hjälpa beslutsfattare och chefer att prioritera resurser, ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet – vi rangordnar de utvalda insatserna inom varje riktlinjeområde och formulerar rekommendationer om dem. Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 3).

**Tabell 3. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer**

Typ av rekommendation	Beskrivning
<b>Prioritet 1–10</b>	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna.
<b>FoU</b>	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
<b>Icke-göra</b>	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

## Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst

Insatserna får en prioritetssiffra från 1 till 10 efter angelägenhetsgrad. Prioriteringen baseras på en samlad bedömning av:

- tillståndets svårighetsgrad
- insatsens effekt
- kostnadseffektiviteten.

Prioriteringsarbetet utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) och kunskapsunderlagen. I arbetet finns representation från:

- olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer och fysioterapeuter)
- aktuella vårdnivåer (till exempel primär- och närsjukvård, länssjukvård och regionsjukvård)
- olika delar av landet.



Ramarna för prioriteringsarbetet är desamma i alla riktlinjer:

- Insatser med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan få en prioritetssiffra mellan 1 och 10.
- Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högre än mindre effektiva insatser vid mindre allvarliga tillstånd.
- Insatser med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden prioriteras högre än insatser med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Insatser som kan betecknas som andrahandsval prioriteras lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre prioritet blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

## FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

FoU står för forskning och utveckling och innebär att en insats endast bör utföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att:

- insatsen är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- insatsen har införts i hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område ser vi särskilt över det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna, för att se om ny kunskap har tillkommit.

## Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas

Icke-göra betyder att hälso- och sjukvården bör sluta utföra en insats för att:

- insatsen inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än andra insatser)
- de negativa effekterna är mycket större än de positiva för individen, eller till och med skadliga
- insatsen är diagnostisk eller utredande, men saknar värde för den fortsatta utredningen eller behandlingen.

## Hur vi prioriterat i riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

Rekryteringen av representanter till rekommendationsgruppen skedde genom förfrågan till nationellt programområde (NPO) för Barn och ungdomars hälsa, NPO Cancersjukdomar, NPO Kirurgi och plastikkirurgi, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning, NPO Nervsystemets sjukdomar, NPO Njur- och urinvägssjukdomar, NPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, NPO Äldres hälsa och palliativ vård samt Nationella Primärvårdsrådet. Dessa programområden fick nominera kandidater till rekommendationsgruppen. Kandidaterna skulle ha aktuell klinisk erfarenhet av vård vid bäckenbottendysfunktion, samt ha ett gott förtroende inom den egna professionen. Ett urval gjordes sedan av de nominerade kandidaterna utifrån att rekommendationsgruppen som helhet skulle ha en bra sammansättning. Samtliga deltagande experter deklarerade eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. Socialstyrelsen gjorde därefter en bedömning att det inte förelegat något hinder för att delta i rekommendationsgruppen.

Rekommendationsgruppen i nationella riktlinjer för vård vid bäckenbottendysfunktion bestod av sammanlagt 18 personer som representerade olika vårdnivåer och olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Deltagarna kom från olika delar av Sverige och hade en bred kompetens och aktuell klinisk erfarenhet inom områden som rör bäckenbotten. Deltagarna hade framför kompetens inom områdena inkontinens och blåstömningsproblem, bäckensmärta, mag- och tarmproblem, förlossningsskador och sexuell dysfunktion. Följande yrkesgrupper fanns representerade:

- fysioterapeut
- läkare
- psykolog
- sjuksköterska
- barnmorska

Bland läkarna fanns specialister inom bland annat obstetrik och gynekologi, kirurgi, gastroenterologi, urologi och allmänmedicin. Fysioterapeuterna i gruppen hade specialistkompetens inom bäckenbottendysfunktion och några hade påbyggnadsutbildning till uroterapeuter.

För att nå konsensus i rekommendationsgruppen, gällande rangordningen av rekommendationerna, använde vi en modifierad Delphimetod. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickas ut till rekommendationsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare får först ta ställning till balansen mellan önskade och oönskade effekter för varje rekommendation. Varje deltagare ger sedan ett

förslag på rangordningssiffra 1–10, FoU eller icke-göra för den aktuella rekommendationen, utifrån en helhetsbedömning av tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt. I enkäten uppmanades deltagarna att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställdes anonymt, och skickades därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät. Rekommendationsmedlemmarna fick därmed möjlighet att revidera sina tidigare förslag på prioritering utifrån övriga medlemmars kommentarer och förslag till rangordning.

Vid efterföljande möten utgick rekommendationsgruppen från resultatet av den andra omgången av webbenkäten, och kom efter diskussion fram till ett slutgiltigt förslag om prioritering/rangordning som hela gruppen stod bakom. Endast åtgärder för hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad fick prioritet 1–2 i dessa riktlinjer. När svårighetsgraden bedömts som stor var principen att ge rekommendationen högst prioritet 3, och när den var måttlig, högst prioritet 5. Rekommendationsmötena skedde både fysiskt och digitalt.

## Hur vi tar fram nationella indikatorer

För de flesta riktlinjeområden tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp att hälso- och sjukvården utför de insatser som riktlinjerna rekommenderar samt olika kvalitetsaspekter i vården och omsorgen. En indikator kan exempelvis vara andelen personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med diabetes som röker, väntetid till kranskärslsröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska:

- baseras på vetenskap eller beprövad erfarenhet
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också:

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

## Hur vi tagit fram nationella indikatorer i riktlinjerna om bäckenbottendysfunktion

I riktlinjerna om vård vid bäckenbottendysfunktion har indikatorer tagits fram för de rekommendationer med högst prioritet, vilket har resulterat i totalt sju registerbaserade indikatorer: två övergripande indikatorer och fem indikatorer framtagna utifrån rekommendationerna inom området *behandla och följ upp*. Data för indikatorerna kommer att hämtas från relevanta register som patientregistret, medicinska födelseregistret och läkemedelsregistret.

I riktlinjerna om vård vid bäckenbottendysfunktion finns det ett antal rekommendationer med hög prioritet som inte kan följas upp med hjälp av nationella datakällor. Vid utvärderingstillfället kommer dessa rekommendationer istället att följas upp genom en enkätundersökning riktad till regioner och verksamheter. Som utgångspunkt har det tagits fram sex enkätbaserade indikatorer på rubriknivå, som kommer att utvecklas vidare när utvärderingen genomförs.

# Referenser

1. Identifierade behov av strategiska insatser inom hälso och sjukvården på området kvinnors hälsa. Socialstyrelsen. 2022.
2. Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom livet - Vårdens utmaningar och vägar framåt. Sveriges Kommuner och Regioner. 2022.
3. Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2023.
4. Faecal incontinence in adults: management: Clinical guideline. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2007.
5. NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. 2019.
6. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021.
7. Schünemann B, Guyatt, Oxman. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group 2013.
8. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesor/>.
9. <https://vardgivare.skane.se/patientadministration/avgifter-och-prislistor/prislistor-sodra-sjukvardsregionen/>.