

Nationella riktlinjer 2025:

Bilaga: Metodbeskrivning

Klimakteriebesvär

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, oktober 2025

Förord

Detta dokument är en bilaga till *Nationella riktlinjer 2025: klimakteriebesvär – 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 klimakteriebesvär.

Anders Berg
Enhetschef
Nationella riktlinjer 5

Innehållsförteckning

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

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 åtgärd 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 åtgärder 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 åtgärder 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 klimakteriebesvär

Nationella riktlinjer för klimakteriebesvär kommer ur ett uppdrag från regeringen om att genomföra åtgärder för en jämlik hälso- och sjukvård, med fokus på sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor. Åtgärderna i uppdraget bygger på Socialstyrelsens rapport om identifierade behov av strategiska åtgärder inom hälso- och sjukvården på området kvinnors hälsa [1]. Rapporten lyfte fram klimakteriebesvär som ett av flera prioriterade områden i behov av åtgärder för att skapa en jämlik hälso- och sjukvård.

Beslutet att ta fram nationella riktlinjer för klimakteriebesvär baserades på Socialstyrelsens tidigare kartläggningar av vård och behandling vid klimakteriebesvär [1, 2], samt på tidigare sammanställningar från National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [3].

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

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

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
- en social situation, till exempel avsaknad av arbete eller bostad.

Till varje tillstånd kopplar vi en **åtgärd** som är möjlig att utföra. Det kan vara allt från en behandling eller stödåtgärd till förebyggande, diagnostiska och uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder 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 åtgärder som vi inte tar med i listan.

Hur vi avgränsat riktlinjerna om klimakteriebesvär

Vi utgick från tidigare nämnda bakgrundsdokument [1, 2] för att identifiera relevanta frågeställningar som rekommendationerna skulle baseras på. Många av frågorna i riktlinjerna bygger på de områden som lyftes fram som relevanta i rapporten om vård och behandling av klimakteriebesvär. För att utforma de nationella riktlinjerna och få in synpunkter på vägledningsbehoven har Socialstyrelsen även fört dialog med det nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning (NPO), samt med andra relevanta aktörer såsom Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG).

Socialstyrelsens projektledningsgrupp fattade det slutgiltiga beslutet om vilka frågeställningar som skulle ingå i riktlinjerna, med fokus på att ge stöd inom lednings- och styrningsfrågor där vägledningsbehovet var särskilt stort. Under arbetets gång har experter framfört behovet av rekommendationer för att exempelvis förbättra upptäckt av patienter med klimakteriebesvär, höja

kompetensen om klimakteriebesvär, samt förbättra förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet.

Enbart åtgärder 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. Riktlinjerna omfattar rekommendationer för vuxna.

Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna bedömer vi svårighetsgraden. Bedömningsarbetet utgår från en matris där vi väger samman varje tillståndets 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 åtgärd
- 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 klimakteriebesvär

Projektledningens experter har utfört bedömningarna av svårighetsgrad för de olika tillstånden med stöd av matrisen och Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Klimakteriebesvär omfattar tillstånd som påverkar samtliga aspekter i bedömningen av svårighetsgrad. Svårighetsgraden varierar bland de ingående tillstånden från måttlig till mycket stor. Flera av tillstånden kan betraktas som breda och heterogena. Klimakteriet är en naturlig del av åldrandet och markerar slutet på den fertila perioden i livet. För vissa individer kan symtomen vara påtagliga och påverka flera aspekter av det vardagliga fungerandet, medan andra endast upplever lindriga eller knappt märkbara besvär utan större inverkan på vardagsfunktionen.

Symtomen är dessutom övergående och minskar med tiden. Vid bedömningen av tillståndets svårighetsgrad har hänsyn tagits till hela patientgruppen – från dem med lindriga besvär till dem med betydande påverkan på det dagliga livet. Svårighetsgraden för klimakteriebesvär i stort har därför bedömts som måttlig. För patientgruppen med oförklarad amenorré under 45 år har svårighetsgraden bedömts som mycket stor på grund av risken för framtida svår ohälsa och förtida död vid obehandlat tillstånd.

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 åtgärd 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 åtgärderna 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") [4], 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 åtgärd 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.

Evidensstyrka	Förklaring
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
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 dosresponssamband.

Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna om klimakteriebesvär

Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsunderlaget med hjälp av vetenskapliga experter som ingått i Socialstyrelsens projektledningsgrupp. Samtliga experter har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts 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 därefter med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister utifrån angivet PICO för varje rekommendation.

De vetenskapliga experterna relevansgallrade litteraturen utifrån titel och abstrakt, samt läste hela artiklar som bedömts överensstämma med PICO. Socialstyrelsens egna vetenskapliga projektledare har därefter kvalitetsgranskat de enskilda studierna och formulerat slutsatser om

åtgärdens effekt, samt angett vilken evidensstyrka dessa slutsatser grundar sig i. De studiedesigner som inkluderats i detta riktlinjearbete har varit systematiska översikter, randomiserade kontrollerade studier och för vissa av frågeställningarna, 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 åtgärd. 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 åtgärden 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 effekten av en åtgärd. En panel med yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde tar ställning till åtgärdens nytta och eventuella olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera påståenden. Konsensus uppnås om 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 klimakteriebesvär

Socialstyrelsen har samlat in erfarenhetsbaserad kunskap i riktlinjerna för klimakteriebesvär med hjälp av en konsensuspanel bestående av 63 personer. Erfarenhetsbaserad kunskap samlades in för 7 av de 11 frågeställningarna och påståendena formulerades i samråd med experterna i projektledningsgruppen. Antal svarande med erfarenhet av åtgärden, samt grad av samstämmighet, varierade mellan de olika frågeställningarna och framgår av respektive kunskapsunderlag. Konsensuspanelen hade en geografisk spridning över landet och täckte upp många relevanta yrkeskategorier såsom allmänläkare, gynekologer, sjuksköterskor, distriktssköterskor, barnmorskor och fysioterapeuter.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med det vetenskapliga underlaget tar hälsoekonomiska experter ibland fram underlag om åtgärdens 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 åtgärderna inom riktlinjeområdet. Tillstånd och åtgärder i denna genomgång utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjerna innehåller flera möjliga åtgärder för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla åtgärderna. 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.

Kostnad	Beskrivning
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Ej bedömd	Åtgärdens effekt har inte bedömts.

Hur vi tagit fram hälsoekonomiskt underlag i riktlinjerna om klimakteriebesvär

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. Inga kostnadseffektivitetsberäkningar har därför genomförts i detta riktlinjearbete.

Hur vi tagit fram konsekvensbeskrivningar i riktlinjerna om klimakteriebesvär

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

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 klimakteriebesvär har gjorts av Socialstyrelsens hälsoekonomer. Analysen syftar till att ge en överskådlig bild av de ekonomiska och organisatoriska effekterna av att implementera de nya rekommendationerna inom hälso- och sjukvården.

För att beräkna antalet patienter som omfattas av respektive rekommendation i riktlinjerna för klimakteriebesvär så har Socialstyrelsens patientregister (PAR) använts. Beräkningen baseras på antalet patienter som diagnostiserats med relevanta diagnoskoder under år 2024.

Kostnadspåverkan har bedömts genom en analys av hur respektive rekommendation kan förväntas påverka resursanvändningen inom hälso- och sjukvården, exempelvis i form av förändrat vårdbehov, behandling och uppföljning. Bedömningarna har gjorts i dialog med experter inom aktuella medicinska områden.

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

Prioritet 1–10: Effektiva åtgärder vid svåra tillstånd prioriteras högst

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

- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens 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:

- Åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan få en prioritetssiffra mellan 1 och 10.
- Effektiva åtgärder vid svåra tillstånd prioriteras högre än mindre effektiva åtgärder vid mindre allvarliga tillstånd.
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden prioriteras högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder 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 åtgärd endast bör utföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att:

- åtgärden är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
 - åtgärden 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 åtgärden bör avvecklas

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

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

Hur vi prioriterat i riktlinjerna om klimakteriebesvär

Rekryteringen till rekommendationsgruppen skedde genom förfrågningar till det nationella programområdet (NPO) för cancersjukdomar, endokrina sjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossning, levnadsvanor samt psykisk hälsa. Även Nationella primärvårdsrådet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Barnmorskeförbundet ombads nominera kandidater. Kandidaterna skulle ha aktuell klinisk erfarenhet av vård vid klimakteriebesvär, samt ha ett gott förtroende inom den egna professionen. Ett otillräckligt antal nomineringar inkom, vilket resulterade i att även enskilda förfrågningar skickades till personer med relevant erfarenhet.

Ett urval gjordes sedan av kandidaterna utifrån att rekommendationsgruppen som helhet skulle ha en jämn sammansättning. Samtliga deltagande experter deklarerade eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. Socialstyrelsen gjorde därefter en bedömning att det inte förelåg något hinder för att delta i rekommendationsgruppen.

Rekommendationsgruppen i nationella riktlinjer för klimakteriebesvär bestod av sammanlagt 16 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 klimakteriet. Följande professioner fanns representerade:

- sjuksköterskor, inklusive distriktssköterskor och barnmorskor
- läkare, specialister inom allmänmedicin, samt obstetrik och gynekologi

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 ger sedan individuellt förslag på rangordningssiffror 1–10, FoU eller icke-göra för den aktuella frågeställningen, 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 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 kan användas för att följa upp att hälso- och sjukvården utför de åtgärder 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 kranskärslröntgen 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 klimakteriebesvär

I de nationella riktlinjerna för klimakteriebesvär har fyra registerbaserade indikatorer tagits fram. Dessa följer läkemedelsbehandling vid tidig menopaus och läkemedelsbehandling vid klimakteriebesvär. Det finns även andra viktiga och prioriterade åtgärder som i dagsläget inte är möjliga att följa upp med registerdata. Ett exempel är FSH-prov, som rekommenderas för personer under 45 år med amenorré (prioritet 1). För sådana åtgärder har inga indikatorer utvecklats i nuläget.

Vid en kommande utvärdering av området planerar myndigheten att genomföra en enkätbaserad datainsamling i syfte att ge en mer heltäckande

bild av hur vården vid klimakteriebesvär fungerar på nationell nivå. Utvärderingen är planerad att genomföras några år efter publiceringen av rekommendationer och indikatorer, för att ge vården tid att påbörja implementeringen. Den kommer att baseras på de indikatorer som presenteras i riktlinjerna, men även omfatta andra relevanta aspekter av vårdkvalitet. Syftet är att belysa i vilken utsträckning regionerna följer de nationella rekommendationerna. Resultaten från utvärderingen kommer att utgöra ett värdefullt underlag för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och kan även ligga till grund för framtida revideringar och vidareutveckling av både rekommendationer och indikatorer.

I samband med utvärderingen kommer förutsättningarna att analyseras för att kunna fastställa målnivåer för indikatorerna. Dessa målnivåer anger exempelvis vilken andel av en patientgrupp som bör erbjudas en viss behandling eller undersökning. De fungerar som ett stöd i förbättringsarbete samt i styrning och ledning av vården. Målnivåerna tas fram enligt en beprövad modell som kombinerar statistiska underlag med ett konsensusförfarande.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården; 2021.
2. Socialstyrelsen. Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård [Elektronisk resurs]; 2020.
3. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Menopause: identification and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2024.; 2024.
4. Schünemann B, Guyatt, Oxman. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group 2013.