

Nationella riktlinjer 2025:

Bilaga: Metodbeskrivning

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.

Förord

Detta dokument är en bilaga och ingår i Nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter. Dokumentet ger dels en generell beskrivning av Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården, dels en beskrivning av vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna för Graviditet, förlossning och tiden efter.

Förutom denna bilaga består riktlinjerna även av dokumentet Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser samt ett antal bilagor med bland annat kunskapsunderlag, hälsoekonomiskt underlag, indikatorer och en rekommendationslista.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord	3
Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer	5
Fokus och avgränsningar för riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter	5
Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad	6
Hur vi tar fram kunskapsunderlag	8
Hur vi rangordnar rekommendationer	14
Hur vi tar fram nationella indikatorer	18
Referenser	19

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

I denna bilaga beskriver vi hur Socialstyrelsen tar fram kunskapsunderlagen och hur vi rangordnar rekommendationerna. Kunskapsunderlagen innehåller information som utgör stöd för arbetet med rangordningen, bland annat

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt (baserat på vetenskap eller erfarenhetsbaserad kunskap)
- kostnadseffektivitet.

Fokus och avgränsningar för riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

Riktlinjerna tar upp åtgärder som kan vara särskilt viktiga för dig som beslutar om utbudet och resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Det kan vara kontroversiella åtgärder, åtgärder där det finns praxisskillnader eller åtgärder inom områden som behöver kvalitetsutvecklas. Riktlinjerna är alltså inget vårdprogram, utan täcker enbart in ett urval av relevanta åtgärder. De kompletteras av flera andra kunskapsstöd (se vidare avsnittet *Kompletterande stöd* i huvudrapporten). Socialstyrelsen tar inte ställning till åtgärder som inte ingår i riktlinjerna.

Socialstyrelsen fick i juni 2021 i uppdrag av regeringen att ta fram ett sammanhållet nationellt stöd för mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården. I det samlade stödet ska ingå både stöd för prioriteringar på lednings- och styrningsnivå, motsvarande nationella riktlinjer, och stöd till yrkesverksamma inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Även indikatorer för uppföljning ska tas fram. I december 2022 utökades uppdraget med att även utarbeta ett medicinskt basprogram som stöd för mödrahälsovårdens arbete under graviditet och ett stöd för handläggningen av normalförlossning. I metodbeskrivningen beskriver vi den del av uppdraget som syftar till att ta fram stöd för prioriteringar, där även basprogrammet ingår.

Rekommendationerna i riktlinjerna följer vårdkedjan från graviditet till eftervård. Det är också ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, som behöver uppmärksammas i alla delar av vårdkedjan.

Urvalet av rekommendationer i dessa riktlinjer bygger på en behovsanalys utifrån

- tidigare kartläggningar och arbeten från Socialstyrelsen, framför allt kunskapsstödet *Graviditet, förlossning och tiden efter* från 2022 [1]
- dialog med sakkunniga i mödrahälsovård och förlossningsvård från Socialstyrelsen, professions- och ämnesföreningar och andra relevanta aktörer, till exempel NPO kvinnosjukdomar och förlossning
- dialog med företrädare för patienter.

Behovsanalysen visade bland annat att det behövdes

- bättre stöd och uppföljning efter förlossningen för dem som fött barn
- bättre stöd för grupper med särskilda behov, till exempel gravida med psykisk ohälsa, obesitas eller alkohol- eller narkotikabruk
- vägledning för planerad barnmorskeassisterad hemförlossning, eftersom det förekommer men riktlinjer har saknats
- vägledning för igångsättning av förlossning i vecka 41, eftersom olika aktörer har efterfrågat en rekommendation från Socialstyrelsen som oberoende myndighet i denna omdiskuterade fråga.

När det gäller igångsättning av förlossning i vecka 41 finns också riktlinjer från NPO kvinnosjukdomar och förlossning, som vänder sig till förlossningskliniker.

Socialstyrelsen har tagit det slutgiltiga beslutet om vilka rekommendationer som ska ingå i riktlinjerna, medan anlidade sakkunniga i vår projektledning har varit rådgivande. Redan när arbetet startade hade Socialstyrelsen dock beslutat att ge rekommendationer om hemförlossning, igångsättning av förlossning i vecka 41 och samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan, på grund av det tydliga vägledningsbehovet.

Vid framtagande av de nationella riktlinjerna för Graviditet, förlossning och tiden efter har Socialstyrelsen samarbetat med företrädare för sjukvårdshuvudmännen via det nationella programområdet (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning samt med professionsföreningar och patientföreningar. Dessa har nominerat experter för medverkan i arbetet.

Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad

Varje rekommendation i riktlinjerna syftar på ett specifikt tillstånd, ofta ett hälsotillstånd, i kombination med en specifik åtgärd, till exempel en viss typ av behandling eller en organisatorisk åtgärd. För varje tillstånd i riktlinjerna görs en bedömning av tillståndets svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs

utifrån aktuellt hälsotillstånd och risken för framtida ohälsa och försämrad livskvalitet.

Bedömningsarbetet utgår från en matris för att, på ett överskådligt sätt, kunna väga samman varje tillståndets påverkan på livskvalitet och livslängd. I matrisen beaktas symtom (fysiska eller psykiska) och funktionsnedsättningar, samt de praktiska och sociala konsekvenser som funktionsnedsättningarna medför. Även frekvensen med vilken tillståndet gör sig påmint beaktas. Matrisen tar också hänsyn till tillståndets varaktighet, risken för framtida livskvalitetspåverkan vid utebliven åtgärd och 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 eftersträvas ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom det egna 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 tillståndets svårighetsgrad i de nationella riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

Graviditet, förlossning och tiden därefter kan innebära tillstånd som påverkar samtliga delar i den ovan nämnda matrisen. Bedömningen av svårighetsgrad görs alltid på gruppnivå. Projektledningens experter har utfört bedömningarna av svårighetsgrad för de olika tillstånden med stöd av matrisen och Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Svårighetsgraden varierar bland de ingående tillstånden från liten till mycket stor.

Graviditet är ett tillstånd där moder och foster är biologiskt förbundna med varandra, vilket innebär att medicinska åtgärder för den ena ofta involverar den andra. Mot bakgrund av detta har i förekommande fall den med störst svårighetsgrad varit avgörande för bedömningen av tillståndets svårighetsgrad som helhet.

Gravida som är friska med en okomplicerad singelgravitet där risken för komplikationer är liten bedöms ha en liten svårighetsgrad. Tillstånd under graviditet och förlossning som är associerade med allvarliga konsekvenser för den gravida, den födande eller barnet bedöms ha en stor till mycket stor svårighetsgrad beroende på tillstånd.

Hur vi tar fram kunskapsunderlag

Hur vi tar fram medicinskt underlag, omvårdnadsunderlag eller underlag om sociala insatser

Socialstyrelsen samarbetar med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) vid framtagandet av kunskapsunderlagen. SBU använder en metod som liknar den som Socialstyrelsen använder och som beskrivs här nedan. Information om SBU:s metod finns på www.sbu.se.

Kunskapsunderlag framtagna av SBU finns även publicerade på deras webbplats.

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt välmeriterade experter inom aktuellt riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker experterna efter enskilda studier av god kvalitet.

De effekter av en åtgärd som vi avser att utvärdera ska i första hand vara till nytta för patienten. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Beroende på det område som riktlinjerna gäller kan det dock finnas olika typer av effektmått som är viktiga att utvärdera.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Mallarna är framtagna av internationella organisationer och SBU har översatt till svenska.

Utifrån underlaget ska experterna kunna bedöma vilken effekt åtgärderna har på tillståndet och hur stark evidensen, eller den vetenskapliga grunden, är för effekten. Vi formulerar slutsatser om åtgärdens effekt samt anger med vilken evidensstyrka vi drar denna slutsats, exempelvis måttlig tillförlitlighet (se tabell 1a). I det här skedet summerar vi alltså det rådande kunskapsläget men ger inte några rekommendationer.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans ”The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation”) [2] som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyrgradig skala – hög, måttlig, låg eller mycket låg tillförlitlighet till det vetenskapliga underlaget.

Tabell 1a. 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
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 är varandra motsägande.

Vid bedömning av utfallsmåttets evidensstyrka enligt GRADE för en aktuell åtgärd vid ett specifikt tillstånd vägs flera aspekter in. Den preliminära evidensstyrkan baseras på studiedesign. Randomiserade kontrollerade studier utgår från hög tillförlitlighet och observationsstudier utgår från låg tillförlitlighet. Preliminär evidensstyrka kan därefter höjas eller sänkas beroende på bland annat studiekvalitet, överförbarhet och studieresultatens säkerhet (se tabell 1b).

Tabell 1b. Faktorer som sänker eller höjer evidensstyrkan

Den preliminära evidensstyrkan kan höjas eller sänkas beroende på studiekvalitet, överförbarhet och studieresultatens säkerhet.

Sänker graderingen (gäller randomiserade kontrollerade studier och observationsstudier)	Höjer graderingen (gäller observationsstudier)
Brister i studiernas tillförlitlighet (högst -2)	Stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer (confounders) (högst +2)

Bristande överensstämmelse mellan studierna (högst -2)	Tydligt dosrespons-samband (högst +1)
Bristande överförbarhet (högst -2)	Förväxlingsfaktorer (confounders) som inte kontrollerats för borde ha bidragit till större effekt om de tagits med i analysen (hög sannolikhet för att effektestimatet är en underskattning av den sanna effekten) (högst +1)
Bristande precision (högst -2)	
Hög sannolikhet för publikationsbias (högst -1)	

Hur vi tagit fram det vetenskapliga underlaget i riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

SBU har tagit fram kunskapsunderlag för sex rekommendationer i riktlinjerna.

Två av riktlinjernas rekommendationer omfattar gravida med obesitas, vilka har tagits fram inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. För mer information – se [Metodbeskrivning - Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#).

Hur vi samlar in erfarenhetsbaserad kunskap

Det finns ibland åtgärder där det saknas vetenskapligt underlag från randomiserade kontrollerade studier eller observationsstudier med kontrollgrupp, eller där evidensstyrkan bedöms ha mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det blir svårt att uttala sig om effekter, bieffekter eller oönskade effekter. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden kan Socialstyrelsen överväga att samla in uppgifter om erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden.

Socialstyrelsen samlar in erfarenhetsbaserad kunskap systematiskt med stöd av en webbaserad enkät som vi skickar till en grupp yrkesverksamma inom relevant område, en så kallad konsensuspanel. Deltagarna besvarar enkäten individuellt och får ta ställning till ett påstående om en åtgärds effekt, eller om en åtgärd kan anses medföra större nytta än olägenhet. De svarar om de instämmer eller inte instämmer, alternativt avstår att svara om de inte anser sig ha erfarenhet av åtgärden. Det finns även möjlighet att lämna

kommentarer. Om paneldeltagarnas kommentarer indikerar att de inte har förstått ett påstående eller en frågeställning, kan påståendet omformuleras och skickas på nytt.

Socialstyrelsen sammanställer resultaten från enkäten och anser att konsensus för ett påstående är uppnått när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dessa är samstämmiga i sina svar. Om konsensus inte uppnås kan påståendet skickas ut på nytt tillsammans med resultatet av de övrigas svar (anonymiserade). Deltagarna får då möjlighet att reflektera över sitt tidigare svar och eventuellt revidera. Denna process kan upprepas maximalt två gånger. Resultaten redovisas sedan i ett kunskapsunderlag och utgör stöd för utformandet och rangordningen (prioriteringsarbetet) av rekommendationerna.

Hur vi samlat in erfarenhetsbaserad kunskap i riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har samlat in erfarenhetsbaserad kunskap för totalt tio frågeställningar, varav en inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Påståendena i den webbaserade enkäten formulerades i samråd med de ansvariga experterna i projektledningen.

Socialstyrelsen har haft en konsensuspanel bestående av cirka 150 yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård. Dessa paneldeltagare har rekryterats via relevanta specialist- och professionsföreningar¹. Konsensuspanelen har haft en god spridning över landet och täckt upp många relevanta yrkeskategorier från olika delar av vårdkedjan. Exempelvis finns barnmorskor och läkare med erfarenhet av mödrahälsovård respektive förlossningsvård representerade i konsensuspanelen, liksom fysioterapeuter, uroterapeuter och psykologer.

Resultatet från enkäterna redovisas i respektive kunskapsunderlag, men sammanfattningsvis varierar antalet svarande på frågorna mellan 89 och 110 personer, och andelen som instämmer med konsensuspåståendet varierar mellan 98 och 100 procent.

För mer information om kunskapsunderlag för den frågeställning där erfarenhetsbaserad kunskap inhämtats inom ramen för Nationella riktlinjer

¹ Svenska Barnmorskeförbundet, Vårdförbundet och Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård samt Fysioterapeuterna, sektionen för kvinnors hälsa.

för vård vid obesitas – se [Metodbeskrivning - Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#).

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med att ta fram kunskapsunderlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om åtgärdens kostnadseffektivitet för ett urval av frågeställningarna. Det primära syftet med de hälsoekonomiska analyserna är att väga in kostnadseffektivitetsprincipen i rangordningen av rekommendationerna (se *Hur vi rangordnar rekommendationer*).

Projektledningen bedömer vilka frågeställningar som är relevanta för en hälsoekonomisk analys utifrån vilka åtgärder som kommer att vara kostnadsdrivande (åtgärden kostar mycket eller berör många) eller som har stora organisatoriska konsekvenser.

Arbetet inleds med en systematisk litteraturgenomgång som utgår från samma sökning som för det vetenskapliga underlaget men med fler sökord och i fler databaser med relevans för hälsoekonomi. För de studier som är av god kvalitet och relevanta för svenska förhållanden bedömer vi att evidensen är god (se tabell 2a). När studierna är av god kvalitet men har vissa brister i relevans redovisar vi att det finns viss evidens. När det helt saknas relevanta studier kan experterna göra egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar.

Ett vanligt effektmått för att värdera kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. En fördel med effektmåttet QALY är att det kan användas oavsett hälsotillstånd. Det blir därigenom enklare att jämföra effekten av olika åtgärder mellan olika hälsotillstånd.

Kostnadseffektivitetskvoten klassificerar vi sedan enligt fyra kategorier: låg, måttlig, hög eller mycket hög kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (se tabell 2b). När det saknas underlag för beräkningar är kostnadseffektiviteten inte bedömbär.

I samarbete med projektledningen tar de hälsoekonomiska experterna även fram en analys av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av riktlinjernas slutgiltiga rekommendationer. Syftet är att beskriva några av de förändringar som kan inträffa när regionerna tillämpar rekommendationerna.

Till stöd för arbetet används de kostnadseffektivitetsanalyser som tagits fram och andra källor, till exempel registerdata, öppna jämförelser, lägesrapporter, nationella utvärderingar och uppgifter om nuvarande praxis.

Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens klassas 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, framtagen i dialog med faktagruppens experter.

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

Klassificering av 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.

Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

Det hälsoekonomiska underlaget har tagits fram av SBU. De har tagit fram underlag om åtgärdernas kostnadseffektivitet för fem av frågeställningarna. I de fall kostnadseffektivitet inte varit möjligt att sammanställa har en kostnadsberäkning gjorts för åtgärden. De hälsoekonomiska underlagen har baserats på data från den vetenskapliga litteraturen, och inga egna modellberäkningar eller kalkyler har utförts. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har gjort en analys av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av ett urval av riktlinjernas slutgiltiga rekommendationer.

Hur vi rangordnar rekommendationer

För att kunna ge rekommendationer om vilka åtgärder som är mest angelägna, rangordnar Socialstyrelsen åtgärder för olika hälsotillstånd. Rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet

Rangordningen utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Till stöd för arbetet finns även vägledningen för rangordning som finns beskriven i den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård [3].

Åtgärderna rangordnas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid det aktuella tillståndet.

Varje riktlinjeområde rangordnas för sig, och man jämför de olika åtgärderna för ett tillstånd inom just det området. Siffran 5 betyder inte nödvändigtvis samma sak i riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter som i andra nationella riktlinjer. Däremot är ramarna för rangordningen densamma i alla riktlinjer:

- Åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i erfarenhetsbaserad kunskap kan rangordnas med en prioriteringssiffra mellan 1 och 10.
- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre effektiva åtgärder (ett tillståndets svårighetsgrad är dock ingen grund för rangordning av åtgärder som ges inom socialtjänsten).
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden rangordnas högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder som kan betecknas som andrahandsval rangordnas lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre rangordningen blir beror på hur mycket sämre effekten är, eller hur mycket högre kostnaden per effekt (kostnadseffektiviteten) är.

Förutom rekommendationer med en så kallad prioritetssiffra finns även möjlighet till rekommendationer av typen *icke-göra* eller *FoU* (forskning och utveckling). Socialstyrelsen ger rekommendationen icke-göra när hälso- och sjukvården bör sluta använda en åtgärd för att

- åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- de negativa effekterna är mycket större än de positiva för patienten
- åtgärden visar något som inte påverkar den fortsatta utredningen eller behandlingen.

Socialstyrelsen ger rekommendationen FoU om

- en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- en åtgärd har införts i vården trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten

- samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

En FoU-rekommendation innebär att åtgärden enbart bör erbjudas i hälso- och sjukvården inom ramen för forskning och utveckling där en systematisk utvärdering av behandlingens effekt sker.

När verksamheter utvärderar åtgärdens effekt kan hälso- och sjukvården få ny kunskap. Kunskapen kan produceras i form av en vetenskaplig rapport från ett universitet eller en högskola, eller en lokal utvärdering utifrån registerdata, om hur åtgärden används och vilka effekter den får för patienterna. Kunskapen kan också utgå från erfarenhetsbaserad kunskap hos yrkesverksamma.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område tittar vi särskilt igenom det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna för att se om ny kunskap tillkommit.

För arbetet med rangordningen av rekommendationerna tillsätter Socialstyrelsen en prioriteringsgrupp. Socialstyrelsens ambition är att prioriteringsgruppen ska ha en bred representation av professioner utifrån riktlinjernas innehåll, och att i möjligaste mån säkerställa

- sakkompetens med klinisk erfarenhet inom olika områden och vårdnivåer
- representation från olika verksamheter
- adekvat representation av de professioner som ingår i vårdprocessen
- representation av patient- eller brukarorganisationer
- geografisk spridning
- jämn könsfördelning.

Hur vi rangordnat rekommendationerna i riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har rekryterat representanter till prioriteringsgruppen via sjukvårdsregionerna och organisationen Birth Rights Sweden som ombetts nominera representanter.

Prioriteringsgruppen har bestått av sammanlagt 21 personer som representerar olika delar av vårdkedjan och olika delar av landet, och som har en bred kompetens och praktisk erfarenhet av kliniskt arbete inom mödrahälsovård eller förlossningsvård. Två av deltagarna har företrätt organisationen Birth Rights Sweden.

Samtliga deltagare har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att det inte förelegat något hinder för att delta i prioriteringsgruppen. Yrkesgrupper som finns representerade är läkare, barnmorskor, psykologer, fysioterapeuter och uroterapeuter. Bland läkarna finns specialister inom obstetrik och gynekologi samt neonatologi. De psykologer som medverkat är verksamma inom mödrahälsovården. Kunskap och klinisk erfarenhet kring bäckenbottenhälsa och förlossningsskador finns i flertalet av de nämnda yrkesgrupperna. En del av läkarna är verksamma som mödrahälsovårdsöverläkare och några av barnmorskorna är verksamma som samordningsbarnmorskor inom olika regioner. En del av deltagarna i prioriteringsgruppen har tjänster som chefer och verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård.

I arbetsprocessen använder vi en modifierad Delphimetod. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickas ut till prioriteringsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare ger sedan individuella förslag på prioritetssiffra 1–10, FoU eller icke-göra för den aktuella frågeställningen, utifrån en helhetsbedömning av tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt. Eventuella hälsoekonomiska analyser vägs in senare.

I enkäten uppmanas deltagarna att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs anonymt, och skickas därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät.

Prioriteringsmedlemmarna får därmed möjlighet att revidera sina tidigare förslag på prioritering utifrån övriga medlemmars kommentarer och förslag till rangordning. Vid efterföljande möten utgår prioriteringsgruppen från

resultatet av webbenkäten, diskuterar och enas om ett förslag på prioritering som hela gruppen står bakom.

Avslutningsvis sker en harmonisering, det vill säga att prioriteringsgruppen efter att samtliga kunskapsunderlag fått en rekommendation, ser över att varje rekommendation är rimlig med hänsyn till övriga rekommendationer.

Endast åtgärder för hälsotillstånd med mycket stor svårighetsgrad har fått prioritet 1, med ett fåtal undantag. När svårighetsgraden är stor har vi haft som princip att ge högst prioritet 3, när den är måttlig högst 5 och när den är liten högst 6.

För några av tillstånden varierar svårighetsgraden inom gruppen. Principen här har varit att låta det svåraste tillståndet väga tyngst. Exempelvis har åtgärder för tillstånd med svårighetsgrad som varierar från liten till stor som högst fått prioriteringssiffror 3.

För de två rekommendationer som omfattar gravida med obesitas, har rangordning skett inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsgruppen inom mödrahälsovård och förlossningsvård har därefter varit eniga om att instämma i tidigare prioritering. För mer information om rangordning av rekommendationer i riktlinjerna för obesitas – se [Metodbeskrivning - Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#).

I denna riktlinje har Socialstyrelsen inkluderat en rekommendation om nationellt basprogram för mödrahälsovården som fått prioriteringssiffror 1 enligt arbetssättet god praxis. Detta är första gången som Socialstyrelsen tar fram en rekommendation om god praxis på det här sättet. En sådan rekommendation kan ges för åtgärder som kan betraktas som självklara och där alternativet (dvs att inte erbjuda åtgärden) kan betraktas som orimligt eller oetiskt. För dessa åtgärder eftersöker inte Socialstyrelsen vetenskapligt underlag utan vi beskriver den indirekta evidens och de logiska samband som förklarar varför åtgärden kan betraktas som självklar. Socialstyrelsen bedömde att ett nationellt basprogram för mödrahälsovård skulle lämpa sig som en rekommendation om god praxis, eftersom det i många fall saknas direkt evidens i form av randomiserade kontrollerade studier samtidigt som alla är överens om att graviditetsövervakning inom mödrahälsovård fyller en mycket viktig funktion att förebygga sjukdom och död för både den gravida och det väntade barnet. I arbetet med Nationellt basprogram för graviditetsövervakning har vi konsulterat den nationella arbetsgruppen (NAG:en) för mödrahälsovård inom ramen NPO för Kvinnosjukdomar och förlossning. En rekommendation om god praxis motsvarar prioriteringssiffror 1 och sammanställningen av ett nationellt basprogram presenterades därför till prioriteringsgruppen för kännedom.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

Socialstyrelsen tar fram nationella indikatorer i arbetet med nationella riktlinjer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp att hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården utför de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar samt olika kvalitetsaspekter i den vård och omsorg som erbjuds.

En indikator ska

- ha vetenskaplig rimlighet (så kallad validitet), det vill säga mäta det som avses att mätas på ett tillförlitligt sätt
- vara relevant, det vill säga ha betydelse för områden där det finns problem och behov av förbättringar
- vara mätbar, det vill säga vara beskriven så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt – exempelvis ska termer och begrepp vara tydligt definierade.

Hur vi tagit fram indikatorer i riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter

Indikatorer har tagits fram för de rekommendationer som har högst prioritet i prioriteringsstödet, vilket har resulterat i totalt nio indikatorer: två inom området *graviditet*, två inom området *förlossning*, fyra inom området *eftervård*, och en inom området *psykisk ohälsa*. En av dessa indikatorer har hämtats från Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. För ett fåtal av indikatorerna finns det data tillgänglig i relevanta nationella register, Medicinska födelseregistret, Patientregistret och Graviditetsregistret. För de indikatorer där det idag inte finns några nationella datakällor kommer datainsamling vid utvärderingstillfället ske via enkät till regioner och verksamheter.

En mer utförlig beskrivning och en indikatorförteckning finns i indikatorrapporten på socialstyrelsen.se/nationella-riktlinjer/förlossningsvård.

Referenser

1. Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå Socialstyrelsen; 2022.
2. GRADE. Hämtad från: <https://www.gradeworkinggroup.org/>
3. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.