

Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni

Metodbeskrivning
Bilaga

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Innehåll

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni	5
Kort om uppdraget	5
Förstudie och behovsanalys av vårdkedjan	5
Behov av riktlinjer och kunskapsstöd för att stärka vårdkedjan	6
Arbetsgrupper	6
Fokus och avgränsningar för riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni	7
Hur Socialstyrelsen bedömer tillståndets svårighetsgrad.....	8
Hur vi bedömt tillståndets svårighetsgrad i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni.....	8
Hur Socialstyrelsen tar fram vetenskapliga underlag	9
Hur vetenskapligt underlag har tagits fram i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni.....	9
När det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	10
Hur erfarenhetsbaserad kunskap tagits tillvara i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni.....	10
Hur Socialstyrelsen tar fram hälsoekonomiskt underlag	11
Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni	12
Hur Socialstyrelsen rangordnar rekommendationer.....	12
Hur vi rangordnat rekommendationer i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni.....	13
Nationella indikatorer	14
Referenser	15

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni

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.

Kort om uppdraget

Socialstyrelsen fick ett uppdrag 2020 att undersöka hur man kan stärka övergången mellan öppenvård och slutenvård för patienter med vulvodyni [dnr. 8304/2020]. Uppdraget kom från regeringen som en följd av Socialstyrelsens kartläggning av vulvodynivården från 2018, där bland annat stora skillnader i tillgång till vård noterades [1]. Regeringsuppdraget delades in i tre delar:

- förstudie som hanterade behovsanalys, förslag på åtgärder och plan för framtagande av kunskapsstöd
- kunskapsstöd med nationella rekommendationer
- kommunikationssatsning

Förstudie och behovsanalys av vårdkedjan

Under 2020 gjordes en förstudie där en tvärprofessionell arbetsgrupp deltog vid två stycken workshops för att analysera hur man kan stärka vårdkedjan för vulvodynipatienter. Arbetsgruppen bestod av ett trettiotal personer med bred representation. De rekryterades via NPO kvinnosjukdomar och förlossning och hud och könssjukdomar, samt professionsföreningar och ungdomsmottagningar. Förstudien genomfördes med tjänstedesign som metod, vilket syftade till att identifiera vilka behov som var störst för att uppnå en stärkt vårdkedja. Syftet med workshopparna var att deltagarna skulle ge en gemensam syn på hur vårdkedjan ser ut och lämna förbättringsförslag, samt vilka delar som vore önskvärt att ha rekommendationer för i ett kunskapsstöd. Målet var att uppnå en god delaktighet av alla relevanta yrkeskategorier som träffar patientgruppen och träffsäkerhet i utformningen av kunskapsstödet så att det skulle komma till störst nytta för vårdpersonal och patienter.

Behov av riktlinjer och kunskapsstöd för att stärka vårdkedjan

Genomgående i förstudien lyftes behoven av en bättre samordning mellan verksamheter, tydligare remitteringsvägar mellan vårdnivåer och ett behov av att minska ojämlik vård på grund av regionala skillnader. Behov av tydlig och anpassad information som vänder sig till patientgruppen och vårdpersonal lyftes också.

Något som nämndes vara avgörande för ett gott omhändertagande var tydliga åtgärder för utredning och diagnosticering och behandling. För att säkerställa jämlik vård över hela landet sågs behov av att öka kompetensen bland vårdpersonal, framför allt inom primärvården.

Det framkom framför allt behov som handlar om tillgång till vård och tydligare remitteringsvägar vilket innefattar åtgärder som kan komma att innebära konsekvenser för resursfördelning.

Riktlinjerna med kunskapsstöd har tagits fram utifrån Socialstyrelsens processer för nationella riktlinjer och kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer.

Ursprungligen lanserades dessa riktlinjer som en hybridversion eftersom de är en kombination mellan nationella riktlinjer som främst vänder sig till beslutsfattare, dvs till personer som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården och ett klassiskt kunskapsstöd med vägledning för vårdpersonal. Under arbetets gång och i remissversionen kallades riktlinjerna därför för kunskapsstöd. I slutversionen lanseras de istället som nationella riktlinjer eftersom produkten främst liknar våra andra riktlinjer och innehåller rekommendationer med prioriteringar precis som andra riktlinjer gör.

Arbetsgrupper

Förutom de som medverkade under förstudien har fler externa experter deltagit i arbetet att ta fram riktlinjerna (se *Projektorganisation* i riktlinjerna för medverkande och deras respektive expertis).

Arbetsgrupperna sattes samman utifrån relevanta kompetenser varav några som deltagit i förstudien och andra som rekryterades med hjälp av nomineringar från professionsföreningar och Nationella programområden (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossning, samt hud och könssjukdomar.

- Projektledningsgruppen som har lett arbetet genom hela processen har bestått av en projektledare och en vetenskaplig projektledare från Socialstyrelsen och två externa experter, en läkare och en barnmorska, med relevant kompetens inom området.
- Konsensusgrupp bestående av 93 kliniskt verksamma personer med olika professioner har deltagit genom att svara på en webbaserad enkät för att utifrån erfarenhetsbaserad kunskap ta ställning till effekten av olika åtgärder, där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Panelen har bestått av gynekologer, hud-venereologer, barnmorskor, kuratorer, psykologer, sexologer. Alla svaranden arbetar aktivt med patientgruppen inom olika verksamheter med god spridning över hela landet.

- En rekommendationsgrupp, även kallad prioriteringsgrupp, bestående av 18 personer, har tagit ställning till rekommendationerna baserade på det vetenskapliga underlaget och konsensusunderlaget och rangordnat dem med en prioriteringssiffra. Deltagarna har en bred kompetens och klinisk erfarenhet inom kvinnors hälsa och representerar alla sjukvårdsregioner. Även en patientrepresentant ingick i gruppen. En erfaren gynekolog från projektgruppen ansvarade för att leda diskussionen under rekommendationsarbetet.
- Hälsoekonomisk analys utfördes av en grupp hälsoekonomer från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund.

Samtliga deltagare i arbetet med att ta fram riktlinjerna har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. Projektgruppens experter har även bistått med granskning av text i riktlinjerna.

Fokus och avgränsningar för riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni

Arbetet med att ta fram nationella rekommendationer inleds med att identifiera vilka hälsotillstånd och åtgärder man behöver ta fram rekommendationer för. Med tillstånd menar vi t ex en sjukdom, ett hälsotillstånd, en funktionsnedsättning eller ett sjukdomsliknande tillstånd. Varje tillstånd kopplas till en åtgärd som kan vara en behandling eller åtgärder som är förebyggande, diagnostiska eller uppföljande. Exempel på åtgärder kan vara instanser för utredning och diagnostik, farmakologisk, icke-farmakologisk och kirurgisk behandling, uppföljning och betydelsen av ett multiprofessionellt omhändertagande.

Eftersom riktlinjerna endast fokuserar på de frågor inom ett område där behovet av nationella rekommendationer är som störst kan det finnas många frågeställningar som inte är inkluderade i riktlinjerna. Socialstyrelsen tar inte ställning till tillstånd och åtgärder som inte står med i riktlinjerna.

Avgränsningen utgår från hälso- och sjukvårdens behov av vägledning. De nationella rekommendationerna är avgränsade till att främst handla om behandling och utredning för att lättare ställa diagnos. Vissa av frågeställningarna är också viktiga ur styrnings- och ledningsperspektiv. Riktlinjerna innehåller inga rekommendationer för andra sorters genital smärta, som exempelvis vaginism eller smärta som kan förklaras av t ex hormonella orsaker eller förlossningsskador. Rekommendationerna med tillhörande kunskapsunderlag finns beskrivna i *bilagan Rekommendationer med kunskapsunderlag och hälsoekonomisk konsekvensanalys* och lista över tillstånd och åtgärder som rekommendationerna är kopplade till finns beskrivna i *bilagan Tillstånds- och åtgärdslista*.

Hur Socialstyrelsen bedömer tillståndets svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna görs en bedömning om tillståndets svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs utifrån aktuellt hälsotillstånd och risken för framtida ohälsa.

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 riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni

Projektledningens experter på området har tillsammans med stöd av socialstyrelsens projektledningsgrupp utfört bedömningarna utifrån de olika aspekterna, med stöd av Socialstyrelsens matris som följer *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning* [2] från Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.

Svårighetsgraden har varierat mellan måttlig till stor bland de tillstånd som har bedömts. Då tillståndet provocerad vulvodyni inte innebär några risker för förtida död och mycket sällan risk för grava aktivitets- och delaktighetsbegränsningar vid utebliven åtgärd så har inga tillstånd bedömts ha mycket stor svårighetsgrad. Detta påverkar också möjligheten att rangordna åtgärderna med de högsta prioriteringssiffrorna.

De aspekter som hade störst genomslag i bedömningen av svårighetsgrad var det aktuella hälsotillståndet, så som fysiska, psykiska och sociala aspekter. Liksom tillståndets frekvens och varaktighet samt risken vid utebliven åtgärd.

Hur Socialstyrelsen tar fram vetenskapliga underlag

Ibland är det Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som tar fram vetenskapliga underlag till riktlinjer och i andra fall anlitar Socialstyrelsen externa experter inom området för att granska vetenskapliga artiklar för tillstånds- och åtgärdsparerna. Tillsammans med 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 vill utvärdera ska i första hand vara individnära. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Beroende på vilket område som riktlinjerna avser kan det dock finnas andra effektmått som är viktiga att utvärdera.

De systematiska översiktens och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Utifrån underlaget bedöms sedan vilken effekt åtgärderna har på tillståndet och hur stark evidensen, eller den vetenskapliga grunden, är på effekten. Vi formulerar slutsatser om åtgärdens effekt på tillståndet samt anger med vilken evidensstyrka vi drar denna slutsats, exempelvis måttligt starkt vetenskapligt underlag. Underlaget ska ge experterna i prioriteringsgruppen (se avsnitt *Hur Socialstyrelsen rangordnar tillstånd och åtgärder* nedan) stöd i att rangordna åtgärden utifrån dess effekt på tillståndet och med hänsyn till evidensstyrkan utifrån de vetenskapliga underlagen.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans "The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation") [Ref. GRADE Working Group, www.gradeworkinggroup.org], som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyragradig skala – starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt vetenskapligt underlag.

Hur vetenskapligt underlag har tagits fram i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni

Samtidigt som Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att stärka vårdkedjan för vulvodynipatienter fick även SBU ett regeringsuppdrag att utreda det vetenskapliga underlaget för behandling och diagnostik av vulvodyni. SBU har tagit fram de vetenskapliga underlag som ligger till grund för frågeställningarna i riktlinjerna. SBU har arbetat enligt sin arbetsprocess för att utvärdera metoder inom hälso- och sjukvård [Ref. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok].

För nio av SBU:s frågeställningar saknades det vetenskapligt underlag. För en frågeställning, kombinerade fysioterapeutiska åtgärder id 9f, fanns det däremot vetenskaplig evidens, som bedömdes vara av den lägsta graden [3].

När det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Det finns ibland åtgärder där det saknas vetenskaplig evidens från randomiserade kontrollerade studier eller att det vetenskapliga underlaget av andra orsaker bedöms vara otillräckligt. Det går då inte att uttala sig om önskade och oönskade effekter eller bieffekter. Om det samtidigt inte förväntas ny forskning om en åtgärd kan Socialstyrelsen överväga att samla in beprövad erfarenhet av åtgärden. Sådan erfarenhet kan visa om åtgärden kan medföra större nytta än olägenhet. Beprövad erfarenhet kan sedan ligga till grund för att rangordna den aktuella åtgärden på samma sätt som ett kunskapsunderlag baserad på vetenskaplig litteratur.

Socialstyrelsen använder en modell för att systematiskt samla in beprövad erfarenhet, ett så kallat konsensusförfarande, som går ut på att bedöma om det råder enighet om en åtgärds effekt. Genom ett anonymt förfarande via en webbaserad enkät får en konsensuspanel, som består av ett stort antal yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde, på egen hand (och inte vid en gemensam samling) ta ställning till en åtgärds nytta och olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet. Detta gör de genom att instämna eller inte instämna i ett eller flera konsensuspåståenden. Konsensus har uppnåtts när minst 75 procent av panelen är samstämmiga i sina svar.

Hur erfarenhetsbaserad kunskap tagits tillvara i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni

För samtliga åtgärder bedömdes det vetenskapliga underlaget vara otillräckligt, samtidigt bedömdes förutsättningarna att hitta beprövad erfarenhet som goda. Majoriteten av rekommendationerna i dessa riktlinjer utgår från bästa tillgängliga kunskap i form av beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. En konsensuspanel bestående av yrkesverksamma med erfarenhet av att möta patientgruppen i sitt arbete fick ta ställning till påståenden om olika åtgärders nytta vid olika tillstånd för totalt 20 konsensuspåståenden. Påståenden formulerades i samråd med projektgruppens experter. Under konsensusförfarandet skickades alla påståenden till konsensuspanelen och paneldeltagarna kunde välja att instämna eller inte i ett påstående. Dessutom fanns alternativet att inte ta ställning till påståendet om man bedömde att man inte hade tillräcklig erfarenhet av frågeställningen. Paneldeltagarna hade även möjlighet att kommentera och ge förslag till justeringar i anslutning till respektive påstående.

Avvikelse från metoden

Det finns ett fåtal tillfällen då projektgruppen valt att avvika från modellen för systematisk insamling av beprövad erfarenhet (konsensusförfarandet).

Rekommendation id:1 (desensibiliserande behandling med lokalbedövningsmedel,) var en röst ifrån konsensus i enlighet med Socialstyrelsens konsensusförfarande. På inrådan av projektgruppens experter togs rekommendationen ändå vidare för att diskuteras i rekommendationsgruppen då den medicinska expertisen var mer omfattande där. Ytterligare en anledning till att rekommendationen togs vidare för diskussion var att kommentarerna i

enkäten antydde att det kunde finnas otydligheter och därmed missuppfattningar kring förslaget av åtgärdens utformning. Rekommendationsgruppen enades om att rekommendationen har en plats i behandlingen med visst förtydligande då den under vissa förhållanden har effekt för vissa samt att biverkningarna är mycket få.

Det finns också ett antal påståenden som inte fick konsensus i konsensusförfarandet och som projektledningsgruppen valde att inte ta med i riktlinjerna. Dessa gällde rekommendationer om behandling med selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (t ex Venlafaxin, Duloxetin, Cymbalta), kirurgisk behandling, kortisonbehandling, , och behandling med TENS. Avsaknad av konsensus i SoS konsensusförfarande behöver inte betyda att dessa behandlingar inte kan ha effekt för enskilda patienter.

Hur Socialstyrelsen tar fram hälsoekonomiskt underlag

På uppdrag av Socialstyrelsen tar hälsoekonomiska experter fram underlag om åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella hälsotillståndet och vilken evidens som finns för det. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. För dessa beräkningar krävs tillförlitliga effektmått från vetenskapliga studier.

När det, som i dessa riktlinjer, saknas relevanta studier kan experterna göra egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektivitetskvoten klassificerar vi sedan enligt fyra kategorier, eller som inte bedömbart när det saknas ett underlag för att beräkna denna (tabell 1).

Tabell 1. 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 2. 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.
Ej bedömd	Åtgärdens effekt har inte bedömts.

Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni

Det hälsoekonomiska underlaget har tagits fram av externa hälsoekonomer som gjort en analys av möjliga ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av vissa av riktlinjernas rekommendationer i samråd med sakkunniga experter i projektledningsgruppen. Den ekonomiska effekten av införandet av åtgärderna är därmed skattad och kalkylerad och bygger inte på hälsoekonomiska kostnadseffektstudier. Bedömning av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår var inte möjlig att göra. Sakkunniga experter i projektledningen har sett över alla frågeställningar i riktlinjerna med utgångspunkten att identifiera de tillstånds- och åtgärdspar som kommer att vara kostnadsdrivande eller som har stora organisatoriska konsekvenser¹. Beräkningarna för möjliga ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av rekommendationerna finns beskrivna i bilagan *Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag och hälsoekonomisk konsekvensanalys*.

Hur Socialstyrelsen rangordnar rekommendationer

Socialstyrelsen utformar ett förslag till rangordning där varje tillstånds- och åtgärdspar får en rekommendation efter angelägenhetsgrad baserad på en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden, och dess evidens samt kostnadseffektiviteten. Rangordningen utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) och de vetenskapliga underlagen. I arbetet finns representation från olika yrkesgrupper inom det aktuella hälso- och sjukvårdsområdet (till exempel läkare, barnmorskor, kuratorer och fysioterapeuter) och aktuella vårdnivåer (primär- och närsjukvård, länssjukvård, regionsjukvård.) I arbetet finns även representation från olika delar av landet.

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

Siffran 5 betyder inte nödvändigtvis samma sak i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni som i andra riktlinjer. Inte heller ska en åtgärd som har fått siffran 1 i en riktlinje ställas mot en som har fått siffran 3 i en annan. Däremot är ramarna för rangordningen densamma i alla riktlinjer och kunskapsstöd:

- Åtgärderna med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan rangordnas mellan 1 och 10.

¹ Möjliga ekonomiska och organisatoriska konsekvenser har tagits fram för de rekommendationer med prioriteringsgrad upp till prioritet 5 och som förväntas få en organisatorisk eller ekonomisk påverkan på hälso- och sjukvården. Rekommendationer med prioritering 6 eller högre inkluderas inte då de bedöms ge mindre ekonomiska effekter.

- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre effektiva åtgärder.
- 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 eller kostnadseffektiviteten är.

Förutom rangordningssiffrorna kan tillstånds- och åtgärdspar bli klassificerade som så kallade *icke-göra*-rekommendationer eller *FoU*-rekommendationer. *Icke-göra* innebär att åtgärden ska utmönstras ur hälso- och sjukvården för att

- Det finns vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- Balansen mellan negativa och positiva effekter är påtagligt ogynnsam för individen
- Fyndet av den diagnostiska åtgärden inte påverkar den fortsatta handläggningen.

FoU står för forskning och utveckling och innebär att åtgärden endast ska genomföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- Det saknas ett vetenskapligt underlag för effekten
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och ytterligare forskning kan tillföra ny kunskap.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer och kunskapsstöd tittar vi särskilt igenom det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna för att se om ny kunskap tillkommit så att vi kan rangordna dessa.

Hur vi rangordnat rekommendationer i riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni

För att nå konsensus i prioriteringsgruppen gällande rangordningen av tillstånd och åtgärder har kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickats ut till prioriteringsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare ger sedan individuellt förslag på prioriteringssiffra eller rekommendation FoU eller *icke-göra* för det aktuella tillstånds- och åtgärdsparen. I enkäten finns även möjlighet att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs och anonymiseras. Vid efterföljande fysiskt möte har prioriteringsgruppen utgått från resultatet och i en gemensam diskussion kommit fram till ett slutgiltigt förslag om rangordning som hela gruppen står bakom.

Ingen rekommendation i dessa riktlinjer har fått prioritet 1. Det beror på att inga medicinska livräddande och livsuppehållande åtgärder ingår. Prioritet 3 är i stället den högsta prioriteten för de åtgärder som ingår. Inga åtgärder fick rekommendationerna FoU och *icke-göra* i dessa riktlinjer.

Rekommendationsgruppen träffades (digitalt) vid tre tillfällen (2 heldagar och en halvdag) för att diskutera prioriteringarna och formulera motiveringar till prioriteringarna.

Ett antal tillstånds- och åtgärdspar redigerades delvis för att förtydliga, dock utan att ändra innebörden. Ytterligare ett antal valde rekommendationsgruppen att diskutera trots att konsensus inte var uppnådd. Dessa var rekommendationen om desensibiliserande behandling med lokalbedövningsmedel med id: 1, rekommendationen om selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (id: 3b) och rekommendationen om kirurgisk behandling id: 4. Rekommendationen om desensibiliserande behandling med lokalbedövningsmedel (id: 1) valde gruppen att behålla och prioritera, de övriga två ströks. Ytterligare några rekommendationer föll bort då de på olika sätt inkluderades i andra. Dessa var rekommendationerna med id: 11b och 12c. Se bilaga med komplett T/Å-lista för lista över alla rekommendationer som prioriterats samt de som strukits.

Nationella indikatorer

För nationella riktlinjer till beslutsfattare tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorer 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.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni* på socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/vulvodyni

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kartläggning av vestibulit: förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
2. Broqvist M, Sandman L, Widenlou Nordmark A, Edin U. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs] ett verktyg för rangordning. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2017. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-141166>
3. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. [accessed 2022-05-24]. Available from: <https://www.sbu.se/metodbok>