

Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap

**Utifrån vårdkedjan 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.

Artikelnummer: 2023-12-8837

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2023

Förord

Regeringen genomför sedan 2015 en större satsning på graviditet, förlossning och tiden efter samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Olika myndigheter har fått uppdrag att kartlägga vården och utveckla kunskapsstöd på området och flera överenskommelser har ingåtts med Sveriges Kommuner och Regioner.

Detta regeringsuppdrag till Socialstyrelsen (S2022/01058) är ett deluppdrag med inriktning på samordning av nationella kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap utifrån vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter. Det är av största vikt att ny kunskap får ett genomslag och implementeras regionalt och lokalt och därmed bidrar till en kunskapsbaserad och jämlik verksamhet.

Birgitta Pleijel har varit projektledare, Marcelle Ghaoui tjänstedesigner och Anders Berg projektägare. Därutöver har en projektgrupp bestått av Elin Linnarsson, Peter Nygren, Sofia von Malortie och Åsa Welin.

Socialstyrelsen vill tacka alla som bidragit till rapporten och särskilt alla respondenter som intervjuats inom ramen för uppdraget.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	6
En nationell gemensam kunskapsstyrning	6
Stöd för implementering.....	7
Målgruppsanalys	10
Slutsatser	10
Tendenser.....	12
Kvantitativ exempelkartläggning	21
Avgränsningar och inkludering.....	21
Resultat av kartläggningen.....	22
Utvecklingsområden	28
Metod och genomförande	32
Kvalitativ målgruppsanalys.....	32
Kvantitativ exempelkartläggning.....	33
Omfattning och avgränsningar.....	34
Bilagor	35

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i detta uppdrag från regeringen undersökt hur olika mottagare av kunskapsprodukter inom hälso- och sjukvård tar emot ny kunskap och implementerar den utifrån vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter. I digitala samtalsintervjuer med personer som arbetar inom förlossningsområdet har myndigheten efterfrågat tillvägagångssätt för detta, upplevda hinder, svårigheter, framgångsfaktorer och vilket stöd utvalda målgrupper efterfrågar. Även en kvantitativ exemplifierande kartläggning har genomförts för att visa på mängden kunskapsprodukter och avsändare samt hur enskilda rekommendationer korrelerar. Socialstyrelsen har genomfört uppdraget utifrån området förlossningsvård (Graviditet, förlossning och tiden efter), med möjlighet att generalisera till fler vårdområden.

De intervjuade upplever att det är väldigt många kunskapsprodukter från väldigt många avsändare, vilket gör det svårt att navigera och arbeta i kunskapsstyrningssystemet. Vidare att det brister i den egna organiseringen för att ta emot, sprida vidare och implementera kunskap. En stor utmaning för mottagare av kunskapsprodukter är att prioritera inom respektive mellan vårdområden. Det är svårt att få till en systematisk implementering och uppföljning av ny kunskap och det är än svårare att utmönstra metoder som inte längre är kunskapsbaserade än att införa ny kunskap.

Det som efterfrågas av målgrupperna i detta uppdrag är ytterligare nationell samordning, tydlighet, struktur, målgruppsanpassad tillgänglighet, samt stöd för det egna arbetet med implementering, utmönstring och prioritering.

Socialstyrelsen identifierar åtta utvecklingsområden för fortsatt och intensifierat förbättringsarbete:

1. Kommunicera helhetsbilden i det nationella kunskapstyrningssystemet
2. Tillgängliggör nationell kunskap digitalt och målgruppsanpassat
3. Säkerställ enhetliga begrepp och kodverk i kunskapsprodukter
4. Fortsätt en systematisk utveckling av stöd för implementering
5. Vidareutveckla stöd för utmönstring
6. Förbättra stöd för prioriteringar
7. Den regionala kunskapsstyrningsorganisationen kan med fördel förtydligas
8. Lokal funktion för verksamhetsnära implementering verkar vara en framgångsfaktor

Inledning

Kunskapsstyrning handlar i korthet om en process där kunskap sprids, resultatet följs upp och nya kunskapsprodukter utarbetas baserat på uppföljningen i en sammanhållen kedja. Det finns olika aktörer som verkar inom kunskapsstyrningen såsom staten genom statliga myndigheter, regioner genom deras nationella system för kunskapsstyrning, kommuner samt professions- och patientföreningar. Mot bakgrund av detta är det viktigt att arbeta för ett nationellt och gemensamt system för kunskapsstyrning där alla aktörer verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård utifrån sina olika roller och ansvar.

De olika kunskapsstöden har olika mottagare. Beslutsfattare på flera nivåer är en viktig målgrupp och professionen en annan. Exempelvis riktas stöd för prioriteringar i Socialstyrelsens nationella riktlinjer till beslutsfattare och chefer och utgår från den etiska plattformen i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har i detta uppdrag att, utifrån området förlossningsvård, dels undersöka hur olika kunskapsprodukter förhåller sig till varandra för att bidra till en sammanhållen kunskapsstyrning i Sverige och dels undersöka hur det regionala och lokala implementeringsarbetet av ny kunskap kan stöttas. I denna rapport har Socialstyrelsen avgränsat informationsinsamlingen till en kvalitativ målgruppsanalys och en kvantitativ exemplifierande kartläggning.

Mycket utvecklingsarbete pågår vad gäller såväl nationell samordning som stöd för implementering. För att intensifiera en optimal fortsättning är det avgörande att ha vetskap om vad som pågår och vem som är ansvarig för vad.

En nationell gemensam kunskapsstyrning

Partnerskapet till stöd för Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård startade år 2018 och målet är en effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med hög kvalitet. Sex myndigheter, inklusive Socialstyrelsen, ingår ihop med regionernas nationella kunskapsstyrningsorganisation bestående av 26 nationella programområden och nationella samverkansgrupper.

Partnerskapet arbetar under 2023 med att stärka den gemensamma nationella kunskapsstyrningen. I arbetet ingår att ta fram en sammanhållen kedja för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Arbetet ska bidra till en tydlig

roll- och ansvarsfördelning med en gemensam målbild mellan berörda aktörer.

Delarna i arbetet med att ta fram en sammanhållen kedja för kunskapsstyrning innehåller att kartlägga behov, prioritera att ta fram kunskapsstöd, strukturera och koda information, implementera och tillgängliggöra information samt utvärdera och följa upp hur kunskap används. I februari 2024 kommer slutsatser med förslag på fortsatt arbete att beslutas i den Strategiska styrgruppen i partnerskapet.

Andra fokusområden som partnerskapet samarbetar kring är:

- att stärka tillgängliggörandet av kunskap digitalt. Under 2022 - 2023 genomfördes en pilot med att publicera nationella riktlinjer på regionernas digitala plattform Nationellt kliniskt kunskapsstöd.
- samverkan kring nationella prioriteringar. Prioriteringscentrum i Linköping har tillsammans med en nationell expertgrupp med bred representation arbetat fram ett förslag till modell för nationella horisontella prioriteringar. Tanken är att stödja dialogen mellan nationell och regional nivå.

Stöd för implementering

Inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen har Socialstyrelsen under 2023 uppdaterat myndighetens process för att utveckla och tydliggöra för hur myndigheten kan stödja sina målgrupper att implementera ny kunskap. Med implementering menas att omsätta teoretisk kunskap till praktisk handling och med stöd för implementering menas olika typer av produkter och tjänster som syftar till att stödja omsättningen av bästa tillgängliga kunskap och effektiva metoder i praktiskt arbete. Det kan handla om att stödja tillämpningen av regler och metoder samt att stödja tillämpningen av den kunskap som presenteras i myndighetens kunskapsstöd. Vidare att stödja lärande, utveckling eller förändring inom ett visst område, ämne eller fråga.

Socialstyrelsen är inte den aktör som har ansvaret för att genomföra implementering av bästa tillgängliga kunskap för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården. Det ansvaret ligger på huvudmännen. I enlighet med beslut av Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2022-06-10 ska regionernas fortsatta utveckling ha tyngdpunkt på lokala införandet i form av implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap samt uppföljning och resultat. Socialstyrelsen kan däremot stödja och bidra till att verksamheter kan omsätta bästa tillgängliga kunskap till praktiskt arbete och förbereda vilket stöd nationellt programområde kan behöva för att i sin tur kunna implementera ny kunskap.

Stöd för implementering behöver ta hänsyn till faktorer för framgångsrik implementering för att på bästa sätt stödja myndighetens målgrupper i själva implementeringsarbetet. Några faktorer som Socialstyrelsen i sin process väljer att lyfta fram är exempelvis att göra evidensen tydlig för mottagaren, att ta hänsyn till och göra anpassningar till den organisatoriska kontexten för målgruppen så att bästa tillgängliga kunskap kan användas på det sätt som passar lokala förutsättningar och behov samt ge målgruppen en relativ fördel av att arbeta aktivt med implementering.

I alla implementeringsarbeten behöver eventuella hinder för implementering identifieras. Invanda arbetssätt, tidigare kunskap eller metoder kan vara hinder för att implementera något nytt. Socialstyrelsen kan identifiera sådana hinder på en institutionell nivå det vill säga om det finns nationella rekommendationer som har ändrats och målgruppen behöver byta arbetssätt. Myndigheten kan dock inte identifiera alla hinder på lokal nivå. Därför behöver ett stöd för implementering också stödja målgruppen i att dels identifiera om det finns sådana hinder och dels hur ett arbete kan påbörjas för att undanröja dessa hinder i samband med det nya implementeringsarbetet.

I målgruppsanalysen för detta uppdrag framkommer att verksamheter i större utsträckning än hittills skulle vilja få stöd i att utmönstra metoder som inte längre är kunskapsbaserade och verktyg som stöd för att prioritera såväl vertikalt som horisontellt. Vidare framkommer i samtal med respondenterna att följande verktyg till stöd för implementering är efterfrågade;

- att ny kunskap är målgruppsanpassad, lättillgänglig, sökbar och kortfattad med möjlighet till fördjupning,
- att nya kunskapsprodukter även inkluderar implementeringsplan och deadline för införande,
- att befintliga kunskapsprodukter revideras kontinuerligt,
- att Socialstyrelsen skulle kunna ha en standardpaketering av igenkänningsbara verktyg till stöd för implementering som enkelt kan anpassas till målgrupp och kontext, exempelvis återkommande digitala lunchseminarier (som spelas in) när nya kunskap produceras,
- att säkra upp att eventuellt bifogat material för tillämpning finns anpassat eller tillgängligt på ett rimligt sätt för svensk kontext och svenska manualer när Socialstyrelsen riktar sig direkt till profession samt att
- att olikheter i användning av termer och begrepp ses över så långt som möjligt om en rekommendation om en metod eller arbetssätt återfinns i flera kunskapsprodukter.

En webblösning har under 2023 utarbetats med Socialstyrelsens samlade olika kunskapsprodukter för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Materialet är sorterat utifrån två huvudsakliga målgrupper: hälso- och

sjukvårdspersonal och beslutsfattare. Strukturen och texterna är anpassade till läsning på webben och renodlar målgruppens perspektiv.

Bland annat har rekommendationerna i ett befintligt kunskapsstöd riktat till hälso- och sjukvården publicerats på nytt, men formulerat i uppmaningsform. Myndigheten går från en mycket detaljerad och omfattande text i kunskapsstödet, till text skrivet enligt principer för klarspråk med ett direkt och tydligt tilltal. Rekommendationer i uppmaningsform har Socialstyrelsen sedan tidigare utvecklat riktat till beslutsfattare, men nu blir det konsekvent även i rekommendationerna till personal.

För den som vill finns hänvisning till fördjupning, referenser och till ett stort antal rapporter på området från Socialstyrelsen och andra. På så sätt ger webbplatsen en ordentlig överblick av stödet till detta vårdområde med en möjlighet att skala upp och bygga på.

Målgruppsanalys

Slutsatser

Samordning och synkronisering av kunskapsprodukter är en förutsättning för att relevant information ska nå identifierade mottagare och att dessa ska kunna ta till sig och agera på ny kunskap. Inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter finns det en mängd olika aktörer som producerar och distribuerar olika typer av kunskapsprodukter till berörda verksamheter inom hälso- och sjukvårdssystemet. För att nå ett gott utfall av implementering av ny kunskap i dessa verksamheter behövs därtill att produkterna görs tillgängliga på ett enkelt, kortfattat och strukturerat sätt. Avsändare av riktlinjer och rekommendationer behöver i ännu större utsträckning än i dagsläget tydliggöra, inte enbart vilka nya metoder som bör införas utan med lika stor noggrannhet, vilka interventioner som inte längre är evidensbaserade och därmed bör fasas ut.

A. Samordning och tydlighet

För att bibehålla kvalitet och förtroende för det nationella kunskapsstyrningssystemet finns en förväntan på att medverkande aktörer är samordnade och synkroniserade och att de olika kunskapsprodukterna som distribueras harmonierar med varandra. Såväl personal som möter patient som professionsnätverk och beslutsfattare önskar att avsändare av kunskapsprodukter i ännu större utsträckning krok armar och samplanerar. En större nationell enighet upplevs kunna bespara tid när regioner ska anpassa rekommendationer till en lokal kontext.

En annan del av samordningen är att göra det tydligt för mottagarna av kunskapsprodukter hur det nationella systemet är uppbyggd och fungerar. Att på ett enkelt sätt förtydliga och kommunicera så att mottagarna, målgruppsanpassat, förstår helheten och de olika nivåerna i systemet kan också hjälpa dem att förstå vad som är relevant utifrån deras perspektiv. Det är efterfrågat att få en översikt kring vilka aktörer som finns, deras olika ansvar och vilka kunskapsprodukter som de producerar.

Utöver att förtydliga den nationella kunskapsstyrningen har framförallt beslutsfattare framfört att de uppskattar när ny evidensbaserad kunskap är värderad och graderad. Detta utgör stöd för prioritering dels inom ett vårdområde, men även stöd för de svåra horisontella prioriteringar som behöver göras mellan olika vårdområden. Möjligheten att få rekommendationer med tillhörande basnivå för vård och vilka extra åtgärder

som kan vara av värde om resurser finns kom fram som ett förslag på utveckling. Vidare önskas även tydlighet och stringens kring termer och begrepp som används i olika kunskapsprodukter och att det tydligt ska framgå vad som förpliktigar.

B. Struktur och tillgänglighet

Information om ny kunskap behöver nå identifierade mottagare på rätt sätt och i rätt led. Ett sätt som underlättar är att regionen har en stödjande struktur för informationsinhämtning, exempelvis en kanal in och en uttalad fungerande organisation för vidare informationsspredning ut i verksamheterna. En identifierad framgångsfaktor, oavsett storlek på region, verkar vara att ha en utsedd verksamhetsnära funktion för kvalitetssamordning med mandat och tid för sitt uppdrag att kontinuerligt arbeta med utveckling. De kan i sin tur ta emot och föra vidare information, samordna, omvärldspana och ingå i nätverk samt över tid stötta implementering och genomföra verksamhetsnära uppföljning.

Ytterligare förslag som uppkommit för att skapa struktur och tillgängliggöra kunskap är att ha en nationell plattform för att samla kunskapsprodukter. Det är då viktigt att plattformen ska vara överskådlig, ge möjlighet att ta del av både kortfattad och vid behov fördjupad information. Informationen bör dessutom vara sökbar och riktad till olika mottagarkategorier, så att det blir lätt att hitta och göra rätt. En vision flertalet har gett uttryck för är att det även ska finnas en nationell samordnad kanal för informationsspredning.

C. Implementering och utmönstring

För att nå ett gott utfall av implementering av ny kunskap behöver verksamheterna få stöd i detta. Produkterna bör göras tillgängliga på ett enkelt, kortfattat och strukturerat sätt. Som beskrivits ovan är alltså samordning, tydlighet, struktur och tillgänglighet en förutsättning för att kunna ta emot och implementera ny kunskap. Särskilda förväntningar på Socialstyrelsen är att myndigheten, förutom att paketera och publicera sitt material på ett lättillgängligt sätt, med fördel kan bistå med ett antal användbara stödverktyg som en slags implementeringsportfölj. Exempel som lyfts upp är riktade nyhetsbrev med möjlighet till prenumeration, förarbetat material med faktarutor, bildspel och korta utbildningsfilmer samt digitala dialogseminarier med frågestund som man även kan ta del av i efterhand. Ytterligare stöd som efterfrågas är en tydlig implementeringsplan med deadlines och inplanerad uppföljning.

En förutsättning för att plocka in nytt är att ha ett strukturerat arbetssätt för att ta bort metoder som inte längre är kunskapsbaserade, så kallade icke-göra eller de-implementering. Avsändare av riktlinjer och rekommendationer behöver i ännu större utsträckning än i dagsläget tydliggöra, inte enbart vilka nya metoder som bör införas utan med lika stor noggrannhet, vilka interventioner som bör utmönstras. Respondenterna önskar att detta skulle ges större tyngd och att uppföljningar sker så att dessa rekommendationer efterföljs. Att fasa ut, menar de, borde vara en naturlig del av implementering.

Tendenser

Socialstyrelsens analys av den kvalitativa undersökningen är ingen exakt sanning. Respondenternas upplevelse är deras verklighet. Myndigheten väljer att lyfta fram det som flertalet olika mottagare av kunskapsprodukter upplever som hinder respektive framgångsfaktorer för att ta emot och implementera ny kunskap. Analysen visar att de tre huvudsakliga respondentgrupperna (personal som möter patient, professionsnätverk och beslutsfattare) i intervjuerna berättar om likartade problem och utvecklingsförslag. Tendenser kring mottagarnas utmaningar ringas in samt vad de uttrycker skulle kunna underlätta och vara ett stöd för implementering inklusive utmönstring av kunskap. För att levandegöra de fem rubricerade tendenserna åskådliggörs de med citat från olika respondenter.

1. En djungel av stöd från olika avsändare skapar utmaningar att navigera och arbeta i kunskapsstyrningssystemet

”Området får så mycket uppmärksamhet och omtänksamhet att vi nästan kvävs av all kärlek.” (personal)

”För mycket och rörigt, då blir ingenting gjort, man vänder sig till en kollega istället, rådgör med annan verksamhet eller hittar på något eget.”(personal)

”Hinner inte läsa på jobbet utan tjocka luntor ligger på sängbordet hemma” (professionsnätverk)

”Är man ledamot i ett nätverk är man lite som en växeltefonist, det kommer liknande mejl från flera avsändare och bara Socialstyrelsen skicka många.” (professionsnätverk)

”Vem sitter i vilka grupper? Man får hålla koll själv, vara lite på tå annars kan det bli mischmasch av alltihop.”
(professionsnätverk)

”Idag finns många källor till kunskap, men de är utspridda och det blir svårt att veta både att och var de finns.” (beslutsfattare)

Många respondenter ger uttryck för en viss informations- och förändringströtthet gällande att ta till sig nya kunskapsprodukter. En orsak som lyfts fram är den ökande mängden kunskapsprodukter som produceras. Personal som möter patient säger att det är en sådan oerhörd mängd av kunskapsstöd att de anser att det har gått inflation i detta. Många beskriver dessutom att det är svårt att få tid att läsa och ta till sig vad som står då materialen dessutom upplevs omfattande, vilket i sin tur leder till att flertalet får läsa in sig utanför arbetstid. Många upplever även takten på att ny kunskap som förväntas implementeras har accelererat.

Dessutom är det många aktörer som är avsändare av den stora mängden olika produkter. Flertalet mottagare (särskilt personal som möter patient) har svårt att förstå helheten i kunskapsstyrningssystemet, hur det är tänkt att fungera och vilka de olika aktörer är. Det tar energi att inte på ett enkelt sätt kunna greppa helheten och därmed förstå sitt eget sammanhang och sin egen roll.

Utöver att det är svårt att förstå hur kunskapsstyrningssystemet fungerar är flertalet också osäkra på skillnaden mellan olika kunskapsprodukter som exempelvis Nationella programområden (NPO), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen tar fram. Många upplever att det är otydlig vem som egentligen är avsändare av vad. Kännedom om regionernas kunskapsstyrningsorganisation varierar. En del respondenter känner inte till den alls, andra anser att organisationen arbetar i stuprör och splittrar det som de själva uppfattar redan väl fungerande nätverk medans andra har helt klart för sig hur det är tänkt, från den nationella organiseringen till den regionala och lokala.

När kunskapsprodukter från olika aktörer inte harmonierar med varandra upplevs det komplicerat att förstå vad som egentligen gäller och de uttrycker att trovärdigheten för kunskapsstyrningssystemet därför kan påverkas. Det kan handla om motstridiga budskap eller att avsändare använder sig av termer och begrepp på olika sätt, exempelvis termen nationella riktlinjer.

Otydlighet bidrar till osäkerhet och gör det svårt för mottagarna att förstå vad som gäller. Om eventuella överlapp mellan avsändare inte är genomtänkta och synkroniserade uppger flera att de i det läget istället väljer

att följa råd och riktlinjer från professionsnätverk. Dessa råd och riktlinjer upplever många vara väldigt konkreta med hög trovärdighet. En del nämner att ha kännedom om vilka kollegor som funnits med i framtagande av råden och riktlinjerna bidrar till att tillförlitligheten ökar även om det inte är helt säkert att rekommendationerna är grundade på forskning.

Önskan att förstå kunskapsstyrningssystemet, veta vad som gäller och ta till sig ny kunskap är positivt stark, men mottagare behöver hjälp att sälla i all information. De flesta vill på ett överskådligt sätt förstå helheten och sammanhanget, de behöver på ett enkelt sätt få tillgång till relevant information utifrån deras roll och ansvar.

2. Brist på organisering för att ta emot och sprida ny kunskap bidrar till känslan av att missa något viktigt

”Det är långa och tjocka kunskapsstöd, det blir en etisk stress.”
(personal)

”Måste ha struktur och resurser, inte endast eldsjälar som brinner upp.” (personal)

”Alla måste ha allt i huvudet eftersom det inte finns bra tekniska lösningar.” (personal)

”Önskar en ingång, en kunskapskälla – ett ”pling” som sprids till alla.” (professionsnätverk)

”Har själv ingen struktur eller systematik, får något mail då och då. Det är upp till mig att hålla mig uppdaterad.” (beslutsfattare)

”Material för kommunikation ska inte underskattas, det är ett stöd.” (beslutsfattare)

Kunskapsprodukterna uppfattas alltså vara många och långa från en stor mängd aktörer. Dessutom upplevs relevant information ibland som svår att hitta. Många beskriver att det idag är ett stort informationsflöde och att de översköljs av mejl. Det finns en oro i att information som de troligtvis skulle ha ett värde att få ta del av, riskerar att drunkna i flödet av annat. De som medverkar i olika nätverk upplever sig dock få relevant information. En viss oro finns hos dem som inte själva är aktiva inom något nätverk. Farhågan är att enskilda kollegors intresse kan styra vilken information och kunskap som når verksamheten.

Trots viss frustration kring den stora mängden information som når verksamheterna, uttrycker många en känsla av att eventuellt ha missat något viktigt när struktur och tid saknas. Avsaknad av systematik för att inhämta och sprida information om ny kunskap kan i förlängningen, berättar en del, bidra till att skapa ett etiskt dilemma och känslan av att de arbetssätt och rutiner som finns idag möjligtvis inte vilar på den senaste evidensen. När det saknas ett strukturerat arbetssätt är det på eget initiativ att leta upp relevant information. Att på ett enkelt sätt hitta kortfattad information i stunden då den behövs är svårt och att fråga en kollega ligger närmare till hands än att gå direkt till källan och leta upp vad som står i en rekommendation.

Hur regionerna har organiserat inhämtning och vidareförmedling av information om ny kunskap varierar. Stora regioner har nämnt att det är bra att regionen är så stor så att de kan organisera en egen överbyggnad motsvarande den nationella för kunskapsstyrningsorganisation. De små regionerna säger att det är tur att de är så små för då slipper de onödiga organisatoriska strukturer eftersom alla känner alla och därmed finns korta kontakt- och beslutsvägar.

En framgångsfaktor för att få ett väloljat maskineri, oavsett storlek på region, verkar dock vara att ha en utsedd verksamhetsnära person med tydligt uppdrag, mandat och tid att ta emot och sprida information. Vi samtalen lyfts att en spindel i nätet för ett kontinuerligt kvalitetsutvecklingsarbete och en aktiv stödfunktion för implementering skulle kunna utgöra en slags regional lärandestruktur. Utifrån regeringens satsningar på området Kvinnors hälsa har alla regioner utsett kontaktpersoner som hålls ihop i ett nätverk under Sveriges och kommuners ledning. Det visar sig dock att denna grupp är väldigt heterogen, vilket gör att flera påtalar att dessa generellt inte kan likställas med en funktion för verksamhetsnära kvalitetssamordning.

Det finns en risk att långsamma processer, otydliga strukturer och kunskapsmaterial i otillgängliga format, gör att kunskap i slutändan blir oåtkomlig. Många efterfrågar en gemensam nationell digital plattform där kunskapsmaterial tillgängliggörs kontinuerligt uppdateras, görs sökbart, är kort och koncist med möjlighet till fördjupning samt riktat till den mottagare det berör.

3. Materialen behöver anpassas för att kunna implementeras och fungera i vår verksamhet

”Varför är det olika, det är ju bara 4 mil till nästliggande stad och där görs det på annat sätt?” (personal)

”I Stockholm är det riskfullt att göra så men inte i Skövde, och är det sommar så går det bra.” (personal)

”Vi hade tagit fram en egen modell, men varför är vi världsunika? (personal)

”Vi får mala och mala om och om igen och sedan lägger vi in en ny växel” (personal)

” Vi måste bli övertygade om att det är rätt och riktigt och verkligen gör nytta.” (professionsnätverk)

”Känslan av att allt kommer uppifrån är frustrerande. Måste få diskutera, vara med och tycka och sätta lokala ord. ”

”Vi skulle kunna jobba ännu mer lika, men det är svårt att komma överens om vilket sätt som är bäst.” (beslutsfattare)

Många respondenter funderar över hur olika det får vara utan att riskera att vården blir ojämlig. Hur lika behöver det vara för att kunna ge en likvärdig vård och för att utfallet ska bli jämligt? Likvärdig vård för patienten är ju kanske inte synonymt med att utforma exakt likadan vård.

Vid implementering av ny kunskap är det många som lyfter fram vikten av att ta tillvara den egna verksamhetens unika förutsättningar, utmaningar och det förbättringsarbete som redan genomförts samtidigt som patienter ska få en likvärdig vård. Många gånger behöver nationella rekommendationer anpassas till den lokala kontexten när något nytt ska införas, det behövs utarbetas lokala rutiner. När det kommer rekommendationer utifrån ny kunskap beskriver de flesta regioner att de lokalt analyserar gapet mellan nuvarande situation och var man vill vara, skillnad mellan nuläge och specifikt mål. Utmaningen kan många gånger vara att förstå vad som behövs för att minska gapen, hur det kan genomföras och i vilken takt. Några har framför att om rekommendationer är alltför detaljerade finns en risk att man inte hittar nya lösningar på problemen.

Det ingår i personalens vardag att behöva göra avvikelser från rekommendationer på grund av en individuell medicinsk bedömning. Att

göra så kallade kloka kliniska val måste man göra i varje patientmöte. I övrigt finns egentligen ingen anledning att göra olika. Personal som möter patient ser sig ibland tvingade på grund av resursbrist att tulla på saker, exempelvis att följa riktlinjer. Lite cyniskt konstaterar en del att detta under sommarperioden kan anses vara okej då förutsättningar tydligt förändras. En del upplever det besvärande när de haft patienter som rört sig mellan regioner eller patienter som kommunicerar med varandra och påtalar att vården ges på olika sätt på olika ställen. Många av de intervjuade som möter patienter uttrycker även en rädsla att göra fel, och att de hellre gör för mycket än för lite, ifall de skulle bli granskade. Att styras av livrem och hängslen gör att det kan ta lång tid att genomföra förändringar. När det dessutom blir nära och personligt i vårdmötet kan det vara svårt att neka en patient en önskad åtgärd, vilket leder till att vissa kan få utökad vård i förhållande till riktlinjer.

Personalen säger att det går att förändra arbetssätt, men att det ofta är en resursproblematik kopplad till det. Förändring kostar nästan alltid pengar och implementering tar tid. Kompetensförsörjning och ekonomi är betydelsefullt för att kunna följa rekommendationer. Brist på pengar kan hindra implementering. Det behövs utrymme för utbildning, förkovran, reflektion och att hinna diskutera kollegor emellan. Att få med sig alla på tåget när ny kunskap ska införas upplever de flesta som utmanande, speciellt om det dessutom känns otydligt varför en förändring bör genomföras. Vissa rekommendationer kan upplevas som en onödig pålaga. Skulle en rekommendation dessutom medföra extra rutiner finns en stor risk att den inte följs. Personalen vill känna sig delaktiga i ett tidigt skede och anser att alla berörda professioner från hela vårdkedjan ska involveras när nya rekommendationer ska införas. Det räcker inte med informationsmejl utan personalgrupper behöver träffas och diskutera också. För att en förändring ska bli accepterad av personalen behöver man nöta på och upprepat återkomma till hur nya rutiner fungerar att följa.

Professionsnätverken förmedlar att de måste bli övertygade om att en ny rekommendation är rätt och riktig och verkligen gör nytta. Man kanske inte känner att en kunskapsprodukt egentligen är relevant och behövd, att det är en diskrepans mellan karta och terräng. Många upplever idag att signalerna kring eventuella förändringar kommer för nära inpå genomförandet, vilket många gånger gör det svårt att arbeta strategiskt och långsiktigt. Professionsnätverken kan sakna delaktighet i skedet när behovet inventeras och bedöms och uttrycker en önskan om att få ta del av information och omvärldsanalyser kring vad som är på gång inom området.

4. Utmanande att prioritera inom vårdområden och mellan dem

”Är det plikt eller tips?” (personal)

”Skulle önska ”ska” och inte ”bör” i riktlinjerna. (personal)

”Folkvalda fritidspolitiker kan förenkla komplexiteten inom ett område på grund av brist på kunskap.” (professionsnätverk)

”Statsbidrag är en summa pengar med en specifik flagga på, men som regionen använder på sitt eget sätt.”
(professionsnätverk)

”Vi önskar tydliga verktyg och stöd för prioriteringsdiskussioner, men sedan är det ju regionerna som sätter ramar genom sitt självstyre. Varje region måste få bestämma, men patienterna behöver erbjudas likvärdig vård.”
(beslutsfattare)

”Regionledningen har stort inflytande på regionens politiker.”
(beslutsfattare)

”Det är svårt att hantera allmänna råd. Är Socialstyrelsens stöd mer tvingande än andra?” (beslutsfattare)

”Vi ska underlätta genom att resurssätta och budgetera. Det viktigaste är att verka där det behövs mest och inte där det hörs mest.” (beslutsfattare)

Som nämnts ovan upplever många i denna undersökning att implementeringstakten har ökat, samtidigt som att med säkerhet veta hur prioriteringen mellan olika rekommendationer ska genomföras inte alltid är enkel att göra. En del upplever att en åtgärd kan prioriteras upp i en region för att prioriteras ner i en annan, vilket skapar en osäkerhet över hur lika eller olika det egentligen får vara.

Det kan finnas en viss utmaning i att förstå skillnaden mellan ett förslag och ett styrande beslut. Professionsnätverken säger att det verkligen behöver vara höga krav på evidens om man ska tvingas följa en viss metod och de framför att det skulle vara värdefullt om Socialstyrelsen tog lite mer plats. Personalen säger i intervjuerna att Socialstyrelsen skulle behöva peka lite mer med hela handen. Man önskar att en rekommendation från myndigheten ska vara bindande och styrande, för då underlättar det en diskussion i regionen om resurser och medel till verksamheten. Flera skulle vilja att

myndigheten i sina riktlinjer kunde uttrycka rekommendationer i termer av ”ska” och inte ”bör”. Det finns önskemål om att rekommendationer skulle beskriva en basnivå, good-enough, samt att få en deadline för när en rekommendation ska vara införd.

Speciellt svårt upplever beslutsfattare det är att göra horisontella prioriteringar, mellan olika vårdområden. Det är en utmaning att våga väga olika intressen mot varandra eftersom det ju kan handla om liv och död. De har att bedöma en rimlighet i relation till resurser. Även om förtroendevalda är tydliga med att de inte ska detaljstyra verksamheterna i sin region, upplever många att de saknar ett systematiskt och strukturerat sätt att få till sig information kring ny kunskap inom ett vårdområde, gärna på ett enkelt språk utan alltför mycket medicinska termer och begrepp. De nämner vikten av att vara införstådd och ha en övergripande och grundläggande förståelse, särskilt med tanke på att de många gånger får stå till svars vid eventuella avvikelser och att de har ett yttersta ansvar för verksamheterna.

Man efterfrågar stöd för hur prioriteringen kan genomföras och vill få vägledning i vilka åtgärder och metoder som är prioriterat framför något annat. Analys av vårdbehov ska styra, men beslutsfattare berättar att, eftersom det är så svårt så, det finns en risk att de ger produktionsersättning med schabloner. Det lyfter även en risk att de som hörs mest också får mest. Hälsoekonomiska beräkningar uppskattas av beslutsfattare, speciellt politiker, för att ta ställning till vad som kan och behöver göras.

5. Uppföljning och utmönstring är viktigt men genomförs sällan

”Det ska finnas en samsyn i hela regionen, men ibland kanske de får lite mer än vad de egentligen ska ha för här vårdar vi med hjärtat” (personal)

”Förtroendevalda önskar att saker ska tillföras men inget tas bort.” (personal)

”Socialstyrelsen har gått och gömt sej.” (personal)

”Är verksamheterna skyldiga att följa det ena men inte det andra?” (professionsnätverk)

”Tror vi kommer titta tillbaka och säga ojoj vad vi mätte men det blev inte bättre.” (professionsnätverk)

”Vi för in mycket, men stannar sällan upp och utvärderar.”
(beslutsfattare)

Många upplever att uppföljningen av det som väl har implementerats är bristfällig och utan systematik. En del ställer sig frågande till ifall uppföljningen görs på rätt indikatorer, om det är rätt parametrar som följs upp. Det efterfrågas att uppföljningen ska vara en naturlig del av implementeringen. Många menar att de som producerar olika typer av kunskapsstöd, rekommendationer eller riktlinjer också bör vara engagerade i att följa upp hur de efterlevs. Exempelvis nämns att om Socialstyrelsen på allvar är intresserad av nyttan för sina produkter kan myndigheten inte endast publicera en rekommendation utan att ta ett större ansvar för att systematiskt och kontinuerligt över tid följa upp och kanske även med ett fåtal mått visa ut offentligt hur det går. Många menar att regionerna med fördel kan ha en verksamhetsnära lokal funktion för kvalitetssamordning som med tydligt uppdrag, tid och mandat kan facilitera arbetet med verksamhetens implementering och uppföljningar. En del enheter har exempelvis system för journalgranskning där man kan målformulera att när 80% följer en rutin så är den implementerad. Det är motiverande för en verksamhet att det visas ett engagemang för hur det fortlöpande fungerar med implementeringsarbetet.

Svårigheten att utmönstra sådant som inte längre gäller, som inte ger nytta och inte är relevant berättar många om. Arbetet sväller, det byggs på och byggs på. En del upplever att de stöd som tas fram prioriterar upp nästan allt samtidigt som det saknas stöd i att få hjälp med vad som bör tas bort. Det kan vara olika anledningar till det, bland annat att det upplevs svårare och tar längre tid än att lägga till nya saker. Verksamhetsnära personal påtalar också att politiker är valda för allt vad de lovar att införa, inte för allt vad de ska sluta göra. Andra faktorer som lyftes fram och som förklarar varför det kan vara utmanade att fasa ut metoder var exempelvis inarbetade vanor, egenintresse, att man är kritisk till den nya kunskapen, patienter som efterfrågar en viss intervention och att riktlinjer faktiskt inte innehåller tydliga rekommendationer på vad som ska vara icke-göra.

Kvantitativ exempelkartläggning

För att tydliggöra hur nationella riktlinjer och kompletterande kunskapsstöd förhåller sig till andra kunskapsprodukter på området har Socialstyrelsen valt att genomföra en kartläggning av befintliga kunskapsprodukter inom området graviditet, förlossning och tiden efter. Kartläggningen omfattar primärt nationella produkter, även om några regionala exempel också tagits med. Den visar på vilka olika kunskapsprodukter som finns, vilka avsändarna är och vilka som är de primära mottagarna. Utifrån kartläggningen har myndigheten också valt ut några enskilda exempel på frågeställningar där vi visar på hur budskapen från olika avsändare förhåller sig till varandra.

Avgränsningar och inkludering

Kartläggningen har avgränsats ämnesmässigt till kunskapsprodukter som rör graviditet och förlossning eller (med avseende på kvinnan), den närmsta tiden efter eller komplikationer efter förlossning. Kartläggningen omfattar inte kunskapsprodukter som rör tiden före graviditet (exempelvis inte assisterad befruktning eller prekonceptionell hälsa). Produkter som rör fostret under graviditet samt barnet under förlossningen inkluderas, men inte sådant som enbart rör barnet efter förlossningen (exempelvis inte screening av nyfödda eller neonatalvård).

Generellt inkluderas inte kunskapsprodukter om andra tillstånd som specifikt drabbar kvinnor (exempelvis endometriosis och vulvodyni), men där det finns rekommendationer som rör graviditet samtidigt med dessa tillstånd inkluderas dessa rekommendationer i kartläggningen. Vi har också inkluderat rekommendationer som specifikt rör graviditet eller förlossning i samband med olika andra sjukdomstillstånd som förekommer inom Socialstyrelsens nationella riktlinjer (exempelvis rekommendationer om behandling vid graviditet och samtidig diabetes från Nationella riktlinjer för diabetesvården, rekommendation om att identifiera depression hos nyförlösta inom Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom).

När det gäller Socialstyrelsens egna kunskapsprodukter så har vi primärt inkluderat nationella riktlinjer och nationella kunskapsstöd (eller enskilda rekommendationer inom dessa kunskapsprodukter) samt försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Vi har också inkluderat de beslut om tillstånd att bedriva nationellt högspecialiserad vård som finns inom området, vilka för vården är bindande bestämmelser. Vi har inte inkluderat

andra bindande bestämmelser i form av lag eller föreskrifter som är specifika för området.

Kartläggningen gör inte anspråk på att vara heltäckande utan kunskapsprodukter som inkluderats är de som varit enkla att hitta på respektive avsändares webbplats, vid en snabb titt förefallit relevanta inom området samt rimligt aktuella (publicerat upp till 10 år tillbaka i tiden).

Socialstyrelsen har beskrivit exempel på identifierade kunskapsprodukter och rekommendationer i bilagan ”Exemplifierande kartläggning”, utifrån det sätt som återfinns i Socialstyrelsens metadatamodell för kunskapsprodukter.

Resultat av kartläggningen

Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är de avsändare som är vanligast förekommande inom området, enligt vår kartläggning. Socialstyrelsen har tagit fram nationella kunskapsstöd och nationella riktlinjer för området. Myndigheten har även försäkringsmedicinskt beslutsstöd (rekommendationer om sjukskrivning) vid graviditetsrelaterade problem. För några specifika delar av vården inom graviditet och förlossning har Socialstyrelsen fattat beslut om nationell högspecialiserad vård. Rapporter från Socialstyrelsen som redovisar registeruppgifter av relevans inom området har tagits med som en form av kunskapsprodukt från myndigheten. Totalt har vi med ovanstående avgränsningar identifierat omkring 15 kunskapsprodukter från Socialstyrelsen, som vart och ett i vissa fall innehåller ett flertal (upp till 35) separata rekommendationer. Dessutom har vi identifierat omkring 25 enskilda rekommendationer som rör gravida eller nyförlösta vid samtida andra sjukdomstillstånd inom riktlinjer/kunskapsstöd för; obesitas, endometrios, psoriasis, epilepsi, depression och ångest, diabetes, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, ohälsosamma levnadsvanor och amning.

SBU har tagit fram omkring 25 kunskapsprodukter i form av översikter, utvärderingar eller kartläggningar inom graviditet och förlossning, varav flera har använts som underlag i exempelvis Socialstyrelsens arbeten med rekommendationer.

Övriga myndigheter som har någon form av relevanta kunskapsprodukter inom detta vårdområde är Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket. Hos dessa myndigheter har vi identifierat kunskapsprodukter om vaccinationer respektive läkemedelsbehandling som rör bredare grupper och där gravida nämns specifikt i rekommendationerna, eftersom de utgör en riskgrupp eller för att särskild hänsyn behöver tas vid behandling. Folkhälsomyndigheten har även rekommendationer för fysisk aktivitet och

stillasittande som rör hela befolkningen, och där exempelvis personer under och efter graviditet nämns särskilt.

Det finns 6 regionala enheter för medicinsk utvärdering i landet, så kallade HTA-enheter (Health Technology Assessment). Även om de främst utgör regionala stödorganisationer skulle man kunna anta att dessa kunskapsprodukter (kunskapsöversikter/utvärderingar) som enheterna producerar används även utanför den egna regionen. Vi har identifierat 12 sådana publikationer inom vårdområdet. Flertalet publikationer från HTA-enheter tillgängliggörs också via SBU:s webbplats och kan på samma sätt som SBU:s rapporter användas som underlag för rekommendationsarbeten.

Inom regionernas nationella kunskapsstyrningsorganisation finns ett fåtal kunskapsprodukter framtagna inom området graviditet och förlossning. Inom Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) har vi identifierat ett kliniskt stöd och två vårdriktlinjer. Bland Nationella vård- och insatsprogram har vi identifierat delar av kunskapsprodukter inom exempelvis programmet Missbruk respektive Depression- och ångestsyndrom, som är relevanta vid graviditet eller i anslutning till förlossning.

På regional och lokal nivå finns sannolikt ett stort antal relevanta kunskapsprodukter. Dessa har vi inte eftersökt eftersom de inte är tänkta för nationell användning. Däremot har vi valt ut några exempel på regionala kunskapsprodukter eftersom de är relevanta för de utvalda specifika frågeställningarna nedan.

Professionsföreningen Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) står för tre ARG-rapporter (arbets- och referensgruppsrapporter) som är relevanta inom området från de senaste åren (samt flera äldre). Ytterligare en avsändare av kunskapsprodukter riktade till vården vid graviditet och förlossning är LÖF, regionernas ömsesidiga försäkringsbolag. LÖF har tagit fram ett tiotal kunskapsprodukter för förlossningsvården.

Med undantag för Socialstyrelsens nationella riktlinjer (som vänder sig primärt till de som beslutar om resurser i hälso- och sjukvård och/eller tandvård, socialtjänst) och Socialstyrelsens beslut om nationell högspecialiserad vård (som är tillståndspliktig vård för regionerna), så uppfattar vi att samtliga ovan nämnda kunskapsprodukter har vårdens professioner som primär målgrupp.

Aktörer som vi också har letat kunskapsprodukter hos, men där vi inte identifierat något uppenbart relevant för området är; Medicintekniska produktrådet, Rådet för nya terapier (NT-rådet), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Rekommendationer från olika avsändare

Socialstyrelsen har tittat närmare på tre specifika frågeställningar:

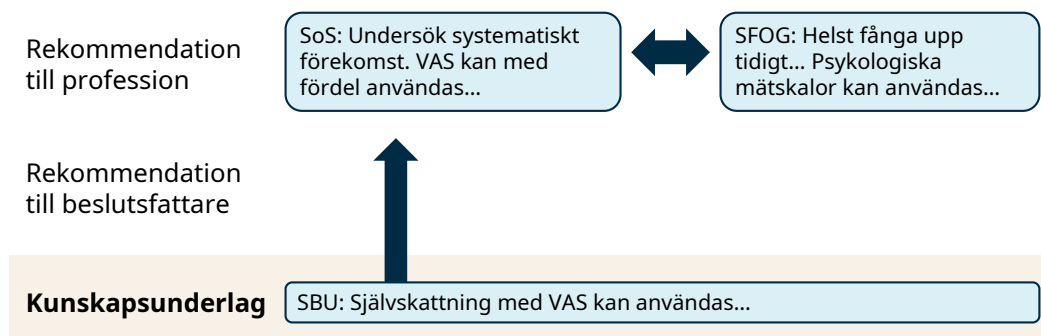
1. Att systematiskt identifiera förlossningsrädsla med psykologiska mätskalor (exempelvis visuell analog skala, VAS) hos gravida
2. Att vara två som undersöker för att diagnostisera bristningar efter förlossning
3. Induktion (igångsättning) av förlossning i graviditetsvecka 41

Frågeställningarna har valts ut eftersom de är ingår i kunskapsprodukter från flera avsändare. Bilderna nedan avser att illustrera vilka avsändare som presenterar antingen slutsatser (kunskapsunderlag) eller rekommendationer. Vidare visar bilderna vilka slutsatser som utgör underlag till rekommendationer och om budskapen (slutsatser och/eller rekommendationer) från olika avsändare är samstämmiga eller inte.

Figur1. Att systematiskt identifiera förlossningsrädsla med psykologiska mätskalor (exempelvis visuell analog skala, VAS) hos gravida

Tillstånd: **Gravid**

Åtgärd: **Systematiskt identifiera förlossningsrädsla genom självskattning med VAS-skalor**



När det gäller åtgärden att identifiera förlossningsrädsla genom självskattning har vi identifierat tre olika avsändare av kunskapsprodukter; SBU, Socialstyrelsen (SoS) och SFOG.

SBU har i sin utvärdering Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet (2021) formulerat följande slutsats:

”Självskattning med visuellt analog skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare. Resultatet har låg tillförlitlighet. Studierna ger dock ingen vägledning för hur skattningsskalorna ska vara utformade eller vilket tröskelvärde som är kliniskt relevant. Studierna visar att skalorna är bättre på att identifiera

personer som har förlossningsrädsla än på att utesluta personer som inte har det (sensitivitet 85–98 %, specificitet 65–80 %). Därför behövs en fördjupad anamnes för de personer som identifierats.”

Socialstyrelsen har, bland annat baserat på SBU:s slutsats, formulerat följande rekommendation till hälso- och sjukvårdsprofessionen i kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter (2022):

”Du som möter gravida bör i samband med de ordinarie besöken i den första, andra och tredje trimestern systematiskt undersöka förekomst av eventuell förlossningsrädsla. I denna första identifiering av möjlig förlossningsrädsla kan du med fördel använda självskattning med visuell analog skala (till exempel FOBS). Du bör följa upp med samtal utifrån den gravidas skattningar.”

SFOG publicerade 2017 rapporten Förlossningsrädsla. Även denna rapport vänder sig till professionen och budskapet här är detsamma som i Socialstyrelsens senare rekommendation:

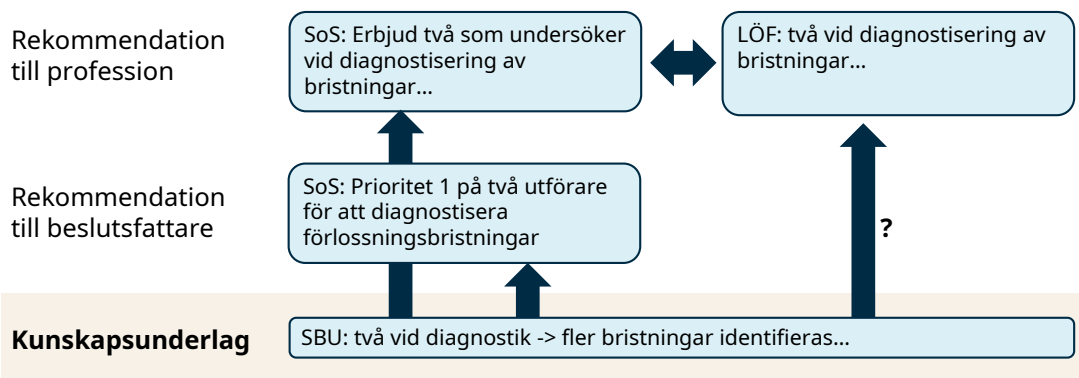
”För att kunna hjälpa en kvinna med svår förlossningsrädsla bör hon helst fångas upp så tidigt som möjligt, före en planerad graviditet eller i början av graviditeten.” ”Även i det kliniska arbetet har psykologiska mätskalor sin plats.” Olika exempel på självskattningsskalor nämns i texten.

- I den här frågeställningen är budskapen från de tre olika avsändarna samstämmiga.

Figur2. Att vara två som undersöker för att diagnostisera bristningar efter förlossning

Tillstånd: **Efter förlossning**

Åtgärd: **Två som undersöker för att diagnostisera bristningar**



När det gäller att vara två personer som undersöker för att diagnostisera bristningar efter förlossning har vi identifierat tre olika avsändare av kunskapsprodukter; SBU, Socialstyrelsen och LÖF.

SBU har i sin utvärdering Förlossningsbristningar (2021) formulerat följande slutsats:

”Om den nyförlösta undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare identifieras mellan 37 och 46 procent fler bristningar (måttlig tillförlitlighet).”

Socialstyrelsen har formulerat följande rekommendation till hälso- och sjukvårdsprofessionen i kunskapsprodukten; Graviditet, förlossning och tiden efter (2022):

” Hälso- och sjukvården bör vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda den nyförlösta [...] två som undersöker för att diagnostisera misstänkta bristningar [...].”

Inom ramen för Nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter (2023) har Socialstyrelsen graderat denna åtgärd (två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar för nyförlösta efter vaginal förlossning) till prioritet 1. Det innebär starkast möjliga rekommendation till beslutsfattare om att resurser ska tilldelas åtgärden för detta tillstånd. Socialstyrelsens bägge rekommendationer (till profession respektive beslutsfattare) bygger på SBU:s slutsats.

LÖF:s rekommendation inom bäckenbottenutbildningen lyder:

” Man bör vara två som hjälps åt vid diagnostik och suturering”.

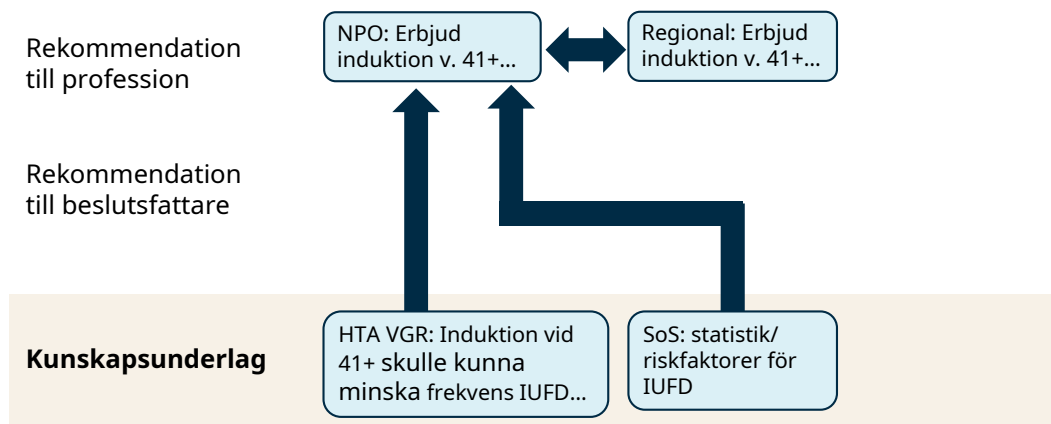
Det går inte att utläsa på LÖF:s webbplats när rekommendationen är publicerad eller vilket kunskapsunderlag den bygger på.

- Även i den här frågeställningen är budskapen från de tre olika avsändarna samstämmiga.

Figur3. Induktion (igångsättning) av förlossning i graviditetsvecka 41

Tillstånd: **Gravid v. 41+**

Åtgärd: **Induktion av förlossning**



När det gäller att sätta igång en förlossning vid 41 fulla graviditetsveckor har Socialstyrelsen identifierat två olika avsändare av nationella kunskapsprodukter; HTA-enheten i Västra Götaland och Nationellt programområde (NPO) Kvinnosjukdomar och förlossning.

HTA-enheten i Västra Götalandsregionen har kommit till följande slutsats i sin utvärdering från 2020:

” En strategi med induktion vid 41 fulla veckor jämfört med exspektans och induktion vid 42 fulla veckors graviditetslängd skulle kunna minska frekvensen intrauterin fosterdöd/neonatal död, men storleksordningen på minskningen är osäker ([...] GRADE ⊕⊕□ □) [...]”

NPO:s rekommendation bygger på HTA-rapporten och lyder:

”I början av graviditetsvecka 41 rekommenderas följande alternativ:

- Erbjud induktion.
- Erbjud undersökning och bedömning med individuell planering. Vid behov av prioritering till induktion i början av vecka 41 bör följande faktorer beaktas:” (lista över riskfaktorer följer)

Även Socialstyrelsens rapport Dödfödda barn (2018) har använts som underlag till NPO:s rekommendation när det gäller riskfaktorer för intrauterin fosterdöd.

- NPO rekommenderar att erbjuda igångsättning i v 41. Socialstyrelsen har inom ramen för Nationella riktlinjer inte någon rekommendation i frågan. Myndigheten kommer undersöka förutsättningarna att kunna ge vägledning om igångsättning av förlossningar vid överburenhet när riktlinjerna uppdateras 2024.

Utvecklingsområden

Socialstyrelsen har utifrån utredningens målgruppsanalys inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter identifierat åtta utvecklingsområden. Ett intensifierat och tydligt förbättringsarbete inom dessa områden syftar till att ytterligare stärka en nationellt sammanhållen kunskapsstyrning och behöver ske på såväl nationell som på regional och lokal nivå.

Åtta områden för fortsatt och intensifierat förbättringsarbete

1. Kommunicera helhetsbilden i det nationella kunskapsstyrningssystemet

För att skapa transparens och förståelse för helheten och därmed ge en möjlighet för personer som verkar inom systemet att förstå sin egen roll, behöver helheten kommuniceras på ett sätt som kan tas emot av målgrupperna. Det kan exempelvis innehålla vilka olika aktörer som verkar inom systemet, aktörernas olika ansvar och roller samt vilka kunskapsprodukter som produceras med tydliga syften och användningsområden. Att kommunicera helhetsbilden kan bli en del av pågående arbete inom ramen för att ta fram en gemensam sammanhållen kedja för kunskapsstyrning som bereds genom Partnerskapet via dess strategiska styrgrupp.

2. Tillgängliggör nationell kunskap digitalt och målgruppsanpassat

För att stödja målgrupperna i att snabbt och enkelt hitta rätt information bör möjligheterna att tillgängliggöra nationell kunskap digitalt och målgruppsanpassat från olika aktörer som verkar inom nationella kunskapsstyrningssystemet undersökas ytterligare. Genom ett gemensamt sätt att tillgängliggöra kunskap kan kvaliteten av kunskapsprodukter säkras och harmoniseras. Dessa möjligheter kan med fördel diskuteras med ingående parter i Partnerskapet, där även Inera (som är regionernas gemensamma bolag) och 1177 (som är en av Ineras tjänster) ingår som representanter i flera nationella samverkansgrupper. Som en del av pågående arbete inom ramen för att ta fram en gemensam kedja för Kunskapsstyrning som bereds genom Partnerskapet för Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård, kan fortsatta aktiviteter inkludera tillgängliggörandet. Förslagsvis

kan man överväga om ett konkret pilotprojekt inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter skulle vara av värde för det fortsatta arbetet.

3. Säkerställ enhetliga begrepp och kodverk i kunskapsprodukter

Kunskapsprodukter behöver beskrivas enhetligt exempelvis avseende målgrupp, huvudsyfte och grad av styrning. Kodverk som kan användas för en enhetlig beskrivning har tidigare tagits fram utifrån behov identifierade inom det myndighetsgemensamma Rådet för styrning med kunskap och har integrerats i Socialstyrelsens metadatamodell för kunskapsstöd. Denna modell är avsedd att kunna användas av flera aktörer. Det är även väsentligt att termer och begrepp används med samma betydelse anpassat till målgruppen oavsett vårdområde och vilken slags kunskapsprodukt eller avsändare det är. Genom att göra det enkelt för målgrupperna att förstå syfte med och innehåll i de olika kunskapsstyrningsprodukterna skapas en tydlighet, trygghet och effektivitet. Eftersom stor samverkan krävs kan detta utvecklingsområde med fördel drivas framåt av Partnerskapet via dess strategiska styrgrupp. Som en del av pågående arbete inom ramen för att ta fram en gemensam kedja för kunskapsstyrning som bereds genom Partnerskapet, så kan fortsatta aktiviteter inkludera att förtydliga syften och målgrupper med utgångspunkt från metadatamodellen samt att vidareutveckla hur kunskapsstöd på nationell nivå hänger samman. Förslagsvis kan man överväga om ett konkret pilotprojekt inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter skulle vara av värde för det fortsatta arbetet.

4. Fortsätt en systematisk utveckling av stöd för implementering

Socialstyrelsen är angelägen om att skapa trygghet i att de kunskapsprodukter som myndigheten tar fram ger effekt och skapar nytta för våra målgrupper. Därför är myndighetens ambition att fortsätta en systematisk utveckling av befintliga stödprodukter och arbetssätt för implementering. En implementeringsportfölj skulle exempelvis kunna innehålla en tydlig implementeringsplan, såväl för internt som för externt bruk. Vidare att skapa arbetssätt och rutiner för en ännu mer aktiv förvaltning och engagerad uppföljning. Ytterligare exempel på stöd är den målgruppsanpassade webblösningen som under 2023 togs fram i samband med Socialstyrelsens kunskapsprodukter till mödrahälsovården och förlossningsvården. Webblösningen har utvecklats med hjälp av principer för klarspråk som bland annat bidrar till ett direkt och tydligt tilltal.

5. Vidareutveckla stöd för utmönstring

I linje med målgruppsanalysen i denna utredning är Socialstyrelsens intention att ytterligare utveckla metoder för att stödja målgrupperna i deras utmönstring av åtgärder eller arbetssätt som inte är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eller av andra skäl inte längre bör erbjudas inom hälso- och sjukvården. Detta för att säkerställa att metoder och åtgärder inom hälso- och sjukvård är kunskapsbaserade.

6. Förbättra stöd för prioriteringar

Det finns en efterfrågan från Socialstyrelsens målgrupper på mer jämförbara vertikala prioriteringar mellan olika sjukdomsområden, det vill säga stöd för horisontella prioriteringar. Likaså efterfrågas hälsoekonomiska beräkningar i ännu större utsträckning. Myndigheten bör ha en given roll, i samverkan, för att utveckla stöd för prioritering. Ett förslag från 2023, att inrätta ett råd för harmonisering av svårhetsgradsbedömning med avstamp i den etiska plattformen och den nationella prioriteringsmodellen med säte på Socialstyrelsen, skulle kunna aktualiseras. Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård har gett en expertgrupp, ledd av Prioriteringscentrum i Linköping, i uppdrag att ta fram ett stöd för regionala beslutsfattare i att prioritera horisontellt. Rapporten om horisontella prioriteringar publicerades hösten 2023. Detta initiativ bör aktivt följas och vidareutvecklas.

7. Den regionala kunskapsstyrningsorganisationen kan med fördel förtydligas

Det framgår av denna utredning att regionernas organisering av intern informationsinhämtning, spridning och hantering av kunskapsprodukter skiljer sig åt, mest troligt beroende av regionens storlek. Varje region skulle med fördel ytterligare kunna tydliggöra och kommunicera sin regionala och lokala kunskapsstyrningsorganisation, så att det blir klart för alla som verkar inom regionen hur de förväntas ta emot och agera på relevant information samt sprida vidare till rätt mottagare. En uttalad regional strategi för organisering gagnar även externa aktörer så att dessa har kännedom om önskad kommunikationsväg.

8. Lokal funktion för verksamhetsnära implementering verkar vara en framgångsfaktor

I utredningens intervjusamtal nämner många att en verksamhetsnära lokal funktion kan fungera som brygga mellan regionernas kunskapsstyrningssystem och den patientnära verksamheten. Man lyfter att verksamheten med hjälp av denna typ av funktion i ännu större utsträckning kan systematisera sitt arbete med att lokalt stödja implementering och utmönstring samt bedriva ett kontinuerligt uppföljningsarbete. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete är en bra utgångspunkt i arbetet. För de regioner som ännu inte har en lokal verksamhetsnära funktion för kvalitetssamordning kan det vara av intresse att undersöka sina möjligheter att införa och formalisera detta.

Metod och genomförande

Som ett sätt att få kunskap kring hur Socialstyrelsen på bästa sätt kan stödja sina målgrupper vid samordning och implementering av ny kunskap inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter genomförde myndigheten inom ramen för detta regeringsuppdrag dels en kvalitativ målgruppsanalys och dels en kvantitativ exempelkartläggning. Genom målgruppsanalysen skapades en förståelse för målgruppernas olika kontexter, utmaningar och förväntningar avseende stöd för samordning och implementering, dels från Socialstyrelsen men också från kunskapsstyrningssystemet i stort. Utifrån kunskapen om målgruppernas behov kunde ett antal utvecklingsområden identifieras. Resultatet är troligen applicerbara för andra vårdområden än enbart för vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter.

Kvalitativ målgruppsanalys

För att ringa in målgruppernas behov av stöd vid samordning och implementering av ny kunskap inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter genomfördes ett antal intervjuer och arbetsmöten med olika intressenter och aktörer (bilaga Samtalsguide). I samråd med Socialstyrelsens sakkunniga, det nationella programområdet (NPO) för Kvinnosjukdomar och förlossning samt regionernas kontaktpersoner för Satsning på kvinnors hälsa valdes sju regioner ut för att delta i målgruppsanalysen. Genom att bland annat beakta regionens storlek, geografi och olika erfarenheter av implementeringsarbete säkerställdes en spridning. I varje region genomfördes därefter två digitala gruppintervjuer. Den ena med beslutsfattare med representation från bland annat politisk ledning, tjänstepersoner och chefer och den andra med personal som möter patient där exempelvis barnmorskor, läkare och psykologer medverkade. De sju medverkade regionerna var; Gävleborg, Halland, Stockholm, Västerbotten, Västmanland, Västra Götaland och Östergötland.

Förutom de regionala gruppintervjuerna genomfördes individuella intervjuer med alla sex ledamöter i NPO Kvinnosjukdomar och förlossning. Utöver detta intervjuades även representanter för;

- Svenska Barnmorskeförbundet,
- SFOG, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund),
- Mödrahälsovårdsöverläkarnas rikssamordnare och
- Psykologer inom vårdområdet.

Dessutom genomfördes arbetsmöten med regionernas kontaktpersoner för kvinnohälsa via kansliet för satsningen på kvinnors hälsa vid Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt Nätverket för chefsbarnmorskor som ytterligare ett sätt att samla in behov av stöd vid samordning och implementering. Fokus under intervjuerna och arbetsmötena var, för att nämna några, att förstå målgruppernas upplevelser kring att ta emot och implementera kunskapsprodukter inom förlossningsvården, förstå hur de organiserar sig vid implementering av ny kunskap, vilka utmaningar och hinder de upplever, eventuella framgångsfaktorer samt förväntningar på stöd från Socialstyrelsen. (bilaga Respondenter)

Genom hela uppdragets gång har dialog och samverkan skett med Socialstyrelsens egna sakkunniga och samordnare, bland annat för Partnerskapet för Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Detta för att synkronisera projektets beröringspunkter med pågående arbete kring att etablera och beskriva en kunskapskedja som ska förtydliga relationen och hierarkin mellan olika kunskapsstöd. Även Socialstyrelsens utvecklingsarbete kring myndighetens stöd för implementering har stämts av med detta uppdrags resultat.

Efter genomförd informationsinsamling analyserades materialet och ett antal tendenser kunde utkristalliseras. Målgruppsanalysen stämde av vid ett myndighetsövergripande arbetsmöte. Utifrån tendenserna kunde, i samarbete med Socialstyrelsens egna sakkunniga och samordnare, ett antal utvecklingsområden identifieras. Områdena ringar in en del redan pågående utveckling som bör intensifieras samt förslag i syfte att underlätta samordning och implementering av ny kunskap hos målgrupperna.

Kvantitativ exempelkartläggning

Utöver behovsinsamlingen genomfördes även en kvantitativ exempelkartläggning med syfte att dels få en uppfattning om mängden av kunskapsprodukter och dels undersöka hur nationella riktlinjer och kompletterande kunskapsprodukter förhåller sig till andra kunskapsprodukter inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter. Kartläggningen omfattade primärt nationella produkter, även om några regionala exempel också inkluderats. Den visar på vilka olika kunskapsprodukter som finns, vilka avsändarna är och vilka som är de primära mottagarna (bilaga Exempelkartläggning). Utifrån kartläggningen har myndigheten också valt ut några enskilda exempel på frågeställningar som visar på hur budskapen från olika avsändare förhåller sig till varandra.

Omfattning och avgränsningar

Socialstyrelsen levererar i detta uppdrag en sammanställning och analys av olika mottagares upplevda behov av stöd för att ta emot och implementera ny kunskap. Utifrån detta ger myndigheten förslag på ett antal utvecklingsområden. Vi ger även ett konkret förslag på stöd för implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter.

Eftersom målgrupperna i detta uppdrag främst varit vårdens beslutsfattare, personal som möter patient och olika professionsnätverk har inte patient- och närståendeföreträdare ingått bland identifierade primära respondenter. Detta även om det övergripande syftet med kunskapsprodukter självklart är att patienter ska få en kunskapsbaserad och jämlik vård och omsorg.

För att få ett rimligt antal intervjuer gjordes ett urval av regioner och respondenter. Ambitionen var att säkra en bild som tog hänsyn till olika demografi, förutsättningar, olika vårdnivåer, professioner samt olika ansvarområden. Fokus har varit en målgruppsanalys varför andra (än Socialstyrelsen) avsändare av kunskapsprodukter inte har intervjuats.

Ingen litteraturstudie har genomförts utan resultatet baseras på den genomförda kvalitativa målgruppsanalysen samt den kvantitativa exempelkartläggningen.

Bilagor

Bilaga_Samtalsguide

Bilaga_Respondenter

Bilaga_Exempelkartläggning