

GRUND FÖR REKOMMENDATION

NATIONELLT KUNSKAPSSTÖD OBESITAS

Joanna Uddén Hemmingsson, övergripande ordförande utom läkemedelsdelen
Ensieh Memarian, ordförande läkemedelsdelen

Metod

Den nationella arbetsgruppen har arbetat enligt framtagen process, som metodiskt beskriver hur man tar fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd. [Generiskt ramverk - en vägledning för att utarbeta kunskapsstöd \(kunskapsstyrningvard.se\)](#). Processen innehåller genomlysning av kunskapsläget, att ta fram rekommendationer samt att skriva kunskapsstödet. I detta kunskapsstöd ingår även en konsekvensbeskrivning.

Kunskapsstödet är en fördjupning och konkretisering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas hos vuxna. Kunskapsstödet är ett stöd till professionen inom hälso- och sjukvården inom både primärvård och specialiserad vård för obesitasbehandling. En av de viktigaste slutsatserna i de nationella riktlinjerna var behovet av ökade resurser i hälso- och sjukvården samt förbättrat kunskapsläge. Dessa delar ingår inte i detta kunskapsstöd.

I arbetet har ingått att, förutom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, även kartlägga befintliga internationella, nationella och lokala vårdprogram inom det definierade kunskapsområdet. Gruppen har i detta sökt och sammanfattat bästa tillgängliga kunskap inom området och utgått från den litteraturgenomgång som är gjord till nationella riktlinjerna. Referenser från nationella riktlinjer är alltså använda även i detta kliniska kunskapsstöds referenslista.

Kunskapsläget ändras snabbt inom ämnesområdet obesitas, därmed har även litteraturgenomgång utförts av ledamöterna och som baserats på litteratursökningar i PubMed och Web of Science, befintliga internationella sammanställningar som UpToDate samt information från nationella populationsregister och kvalitetsregister. Även HTA norr har bidragit med litteratursökningar som använts i framtagandet av kunskapsstödet.

Patientmedverkan och patientperspektivet har varit viktigt i framtagandet av kunskapsstödet. Under hela processen och under alla moment har patientrepresentant medverkat och deltagit med det erfarenhetsbaserade perspektivet.

Process

Den övergripande strukturen som använts i kunskapsstödet bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Även kunskapsmässigt har de nationella riktlinjerna för obesitasvård varit grunden för kunskapsstödet obesitas. De referenser som har används har till en början utgått från nationella riktlinjer för obesitasvård. Då uppdraget med kunskapsstödet var att fördjupa och konkretisera nationella riktlinjernas kunskapsläge behövdes även flera referenser tas fram och ligga till grund i arbetet.

Fem olika grupper formades av NAG gruppens ledamöter, och de fem grupperna fokuserade på olika delar av kunskapsstödet.

- 1) Diagnostik och kriterier/prioritering av obesitasbehandling
- 2) Kombinerad levnadsvanebehandling
- 3) Läkemedel
- 4) Kirurgi
- 5) Uppföljning efter aktiv obesitasbehandling

För varje grupp utsågs en gruppleddare som ledde arbetet. Varje medlem i NAG obesitas ingick i 1–3 grupper för att sprida kompetensen och professionerna i de olika grupperna. Det gjorde att varje grupp hade 4–6 gruppmedlemmar. Som ordförande ingick JUH i grupp 1,2,4 och 5. Som ordförande för läkemedelsgruppen ingick EM i grupp 1 och 3.

I varje grupp ingick personer med hög vetenskaplig kompetens, minst docent men några även med professorsgrad. Dessa personer var främst ansvariga för de vetenskapliga litteratursökningarna och det vetenskapliga underlaget. Litteratursökningar genomfördes i PUBMED och Web of Science. HTA norr har gjort mindre litteratursökningar för kapitlet om diagnostik/prioritering av obesitasbehandling men främst för kapitlet läkemedel. Det vetenskapliga underlaget distribuerades därefter till alla gruppmedlemmarna.

Referenser som återfinns i kunskapsstödet och som tagits fram utöver de befintliga till nationella riktlinjerna har diskuterats i hela NAG gruppen för att säkerställa den vetenskapliga kvalitén. Relevanta vetenskapliga arbeten och konsensusdiskussioner har avgjort vilka arbeten som inkluderats i kunskapsstödet och vilka som inte kan ingå pga. alltför svag vetenskaplig evidens. Konsensusdiskussionerna har skett ansikte mot ansikte, ofta i digitalt möte men även i samband med fysiska möten. Vid dessa diskussioner har även klinisk beprövad erfarenhet används i relation till vetenskaplig evidens då

vetenskapen inte alltid är tillräcklig för att spegla den kliniska verklighetens mångfacetterade utformning.

Evidens för behandlingar behöver bedömas med hänsyn till interventionens komplexitet. Den klassiska där en isolerad aktiv komponent prövas under kontrollerade förhållanden, lämpar sig för mindre komplexa interventioner som enbart utvärdering av kost eller fysisk aktivitet. Kombinerade levnadsvanebehandlingar behöver bedömas där implementering, varaktighet och kontext kan studeras. Dessutom anses det numera otillräckligt att enbart fokusera på levnadsvanor som direkt påverkar energibalansen, såsom matvanor och fysisk aktivitet; även social kontext och övriga levnadsvanor behöver integreras. Därmed blir BMI som enda mått otillräckligt för att spegla interventionens effekt. Utfall såsom funktion, livskvalitet, metabola markörer och varaktig beteendeförändring bör inkluderas för att på ett adekvat sätt bedöma behandlingens kliniska relevans.

Evidensbaserad medicin

Evidensbaserad medicin bygger på tre lika viktiga komponenter: bästa tillgängliga vetenskap, klinisk expertis och patientens värderingar. Vid levnadsvanor är ofta de senare två avgörande för utfallet.

Vad gäller den samlade evidensen (= objektiv kunskap) kring kombinerad levnadsvanebehandling, så visar den att kombinerade levnadsvanebehandlingar kan leda till kliniskt relevanta förbättringar avseende vikt, metabola riskfaktorer och långsiktig hälsa. Den kliniska implementeringen kräver individanpassning (= patientens val), kontextuell förståelse och professionell kompetens (= individuell klinisk expertis) och strukturerad utvärdering. De förslagsexempel på behandlingsupplägg som följer med kunskapsstödet är därmed förslag på möjliga tillämpningar av det övergripande konceptet på bas av beprövad erfarenhet, snarare än generella rekommendationer.

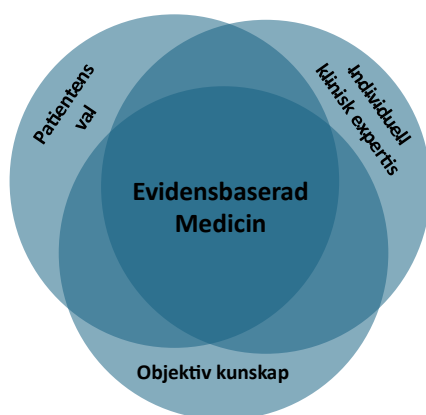


Bild: *Evidensbaserad medicin med dess innehållsdelar - individuell klinisk expert, objektiv kunskap och patientens val.*

Sammanvägning vid utformandet av kunskapsstödet

Alla ledamöter i NAG obesitas har kommenterat hela kunskapsstödet i flera omgångar utifrån de kommentarer och den återkoppling vi fått efter olika steg i framtagandeprocessen. Dialog har skett både med kommentarer direkt i dokumentet men även vid regelbundna möten och mailkontakt.

Hela NAG gruppen har lagt ner mycket arbete på en tydlig definition av vilken patientgrupp som bör få obesitasvård inom sjukvården. Detta för att undvika både under- och överbehandling av obesitas med tanke på att patientgruppen är stor.

Vissa delar av kunskapsstödet har uppvisat svagare vetenskaplig evidens. Gruppen har då utgått från den samlade kliniska expertisen liksom klinisk beprövad erfarenhet. När beprövad klinisk erfarenhet använts i kunskapsstödet framkommer detta i texten. Beslutsprocessen har varit informell, men med en öppen diskussion ansikte till ansikte, där konsensus tagits efter diskussionen. De situationer NAG gruppen varit oense kring formuleringar i kunskapsstödet så har ett majoritetsbeslut i gruppen fått avgöra.

Dialog med kunskapsstyrningsorganisationen såsom Sakkunnigrupp primärvård, NAG LOK och NPO endokrina sjukdomar har skett under arbetets gång. Patientmedverkan har varit viktig i utformningen av kunskapsstödet. Patientorganisationen Obesitas Sverige har medverkat under hela processen kring utformningen av kunskapsstödet, och därmed kunnat säkerställa att patientperspektivet framkommit tydligt.