

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Metodbeskrivning
Bilaga

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

Förord

Detta dokument är en bilaga och ingår i *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas*. Dokumentet ger dels en generell beskrivning av Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården och dels en beskrivning av vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna för vår vid obesitas.

Förutom denna bilaga består riktlinjerna även av huvudrapporten *Stöd för styrning och ledning* samt ett antal bilagor med bland annat kunskapsunderlag, hälsoekonomiskt underlag, indikatorer och en tillstånds- och åtgärdslista. Dokumentet har inte korrekturlästs, varför det kan finnas vissa språkliga eller andra formmässiga fel.

Mattias Fredricson
Enhetschef
Nationella riktlinjer och screening

Innehåll

Förord	3
Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer	6
Fokus och avgränsningar för riktlinjerna för vård vid obesitas.....	6
Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad	7
Hur vi tar fram vetenskapligt underlag	8
Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag	10
Hur vi rangordnar rekommendationer	12
Hur vi tar fram nationella indikatorer	14
Referenser	16

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

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

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

Fokus och avgränsningar för riktlinjerna för vård vid obesitas

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

Vissa av åtgärderna behöver utföras i den specialiserade vården, men rekommendationerna är i regel inte riktade till specifika vårdnivåer, utan till hälso- och sjukvården generellt. Vidare gäller de flesta rekommendationer vård vid obesitas oavsett BMI, men hälso- och sjukvården bör generellt prioritera patienterna med störst vårdbehov.

Socialstyrelsen utgick från myndighetens förstudie för att avgränsa riktlinjerna [1]. Vi gav även intressenter möjlighet att genom en hearing lämna synpunkter på frågeställningar som de ansåg borde ingå i riktlinjerna. Bland intressenterna fanns bland annat representanter från hälso- och sjukvården, relevanta specialist- och professionsföreningar, patientorganisationen HOBS, och Folkhälsomyndigheten. Vi har också samverkat med aktuella nationella programområden (NPO). NPO barn och ungas hälsa har tillsatt en nationell arbetsgrupp för att bland annat ta fram behandlingsrekommendationer för barn med obesitas, utifrån de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsen beslutade därefter vilka frågeställningar som skulle ligga till grund för fortsatt arbete med att ta fram riktlinjernas rekommendationer, med utgångspunkten att ge vägledning i lednings- och styrningsfrågor inom områden där behovet av vägledning är särskilt stort. Under arbetets gång har såväl anlidade experter som patientföreträdare lyft fram att de ser ett stort behov av rekommendationer för samtliga godkända obesitasläkemedel. Enbart åtgärder som finansieras av allmänna medel ingår dock, eftersom riktlinjerna i första

hand ska vara ett stöd för att fördela allmänna resurser. Socialstyrelsen ger därmed inga rekommendationer om läkemedel som inte ingår i den statliga läkemedelsförmånen. Samtidigt ser vi det som önskvärt att fler typer av läkemedelsbehandling kan rekommenderas i riktlinjerna framöver. För att främja en god och jämlik vård över landet kommer vi därför att uppdatera riktlinjerna när ytterligare läkemedel inkluderas i den statliga läkemedelsförmånen.

Riktlinjerna omfattar rekommendationer för både barn och vuxna men vissa rekommendationer riktar sig enbart till vuxna eller till barn i en viss ålder. De omfattar *inte* rekommendationer om personer med övervikt och *inte* prevention.

Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad

Varje rekommendation i riktlinjerna syftar på ett specifikt tillstånd, ofta ett hälsotillstånd, i kombination med en specifik åtgärd, till exempel en viss typ behandling. För varje hälsotillstånd i riktlinjerna görs en bedömning av 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 att dö i förtid.

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 att dö i förtid död alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

Arbetet med svårighetsgraderna görs i nära samråd med experter inom ämnesområdet. Beroende på hälsotillstånden kan olika källor användas som stöd för att göra bedömningarna, till exempel litteratur och registerdata, eller expertgruppsbedömningar.

Hur vi bedömt tillståndets svårighetsgrad i riktlinjerna för vård vid obesitas

Obesitas påverkar samtliga dimensioner i den ovannämnda matrisen. Projektledningens experter har utfört bedömningarna av svårighetsgrad för de olika

tillstånden med stöd av matrisen och Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Svårighetsgraden varierar bland de ingående tillstånden från *stor* till *mycket stor*.

Samtliga svårighetsgradsbedömningar grundar sig i den *sjukdom som obesitas är i sig*, och de konsekvenser obesitas har på nuvarande hälsotillstånd, framtida ohälsa och livslängdspåverkan. I bedömning av tillståndets påverkan på symtom, aktivitet och delaktighet har både fysiska och psykiska symtom vägts in, till exempel begränsad rörlighet, svårt att klara personlig hygien, låg självkänsla, inte kunna delta i meningsfulla aktiviteter eller att kunna utföra vissa arbetsuppgifter, t ex arbete på byggnadsställning, och även hur stigmatisering och diskriminering påverkar möjligheten till delaktighet. Hur ofta tillståndet gör sig påmint (frekvensen) och tiden som tillståndet förväntas kvarstå (varaktigheten) är ytterligare två aspekter som för de flesta tillstånden har bidragit till en sammantagen bedömning av stor eller mycket stor svårighetsgrad.

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag

Socialstyrelsen anlitar vetenskapliga experter inom ämnesområdet för att granska och sammanställa vetenskapliga studier för de aktuella frågeställningarna. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning efter i första hand väljorda systematiska översikter. I andra hand söker experterna efter enskilda studier av god kvalitet.

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

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

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

Tabell 1b beskriver översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell åtgärd vid ett specifikt tillstånd.

Tabell 1a. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)	Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten.
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)	Innebär ytterst begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. Vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller studier av likartad kvalitet är varandra motsägande.

Tabell 1b. Evidensgradering av studier enligt GRADE

Graderingen utgår bland annat från studiedesign, risk för systematiska fel, överförbarhet och studieresultatens säkerhet.

Evidensstyrka	Studiedesign	Sänker graderingen	Höjer graderingen för observationsstudier
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Randomiserade kontrollerade studier (utgår från ⊕⊕⊕⊕)	Bristar i studiernas tillförlitlighet (högst -2)	Stor effekt och sannolikt ingen förväxling av orsaksfaktorer (+1)
Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)		Bristande överensstämmelse mellan studierna (högst -2)	Mycket stor effekt och inga allvariga hot mot validiteten (+2)
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Observationsstudier (utgår från ⊕⊕○○)	Bristande överförbarhet (högst -2)	Påtagliga dos- och respons samband (+1)
Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)		Bristande precision (högst -2)	-
		Hög sannolikhet för publikationsbias (högst -1)	

Hur vi tagit fram det vetenskapliga underlaget i riktlinjerna för vård vid obesitas

Socialstyrelsen har anlitat ett sju vetenskapliga experter för att ta fram vetenskapliga underlag till riktlinjerna. Samtliga experter har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har där efter gjorts att det inte förelegat något hinder för att delta i riktlinjearbetet.

Hur vi samlar in erfarenhetsbaserad kunskap

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

Socialstyrelsen samlar in erfarenhetsbaserad kunskap systematiskt med stöd av en webbaserad enkät som vi skickar till en grupp yrkesverksamma

inom relevant område, en så kallad konsensuspanel. Deltagarna besvarar enkäten individuellt och får ta ställning till ett eller flera påståenden om en åtgärds effekt, eller om en åtgärd kan anses medföra större nytta än olägenhet. De svarar om de instämmer eller inte instämmer, alternativt avstår att svara om de inte anser sig ha erfarenhet av åtgärden. Det finns även möjlighet att lämna kommentarer. Om paneldeltagarnas kommentarer indikerar att de inte har förstått ett påstående eller en frågeställning, kan påståendet omformuleras och skickas på nytt.

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

Hur vi samlat in erfarenhetsbaserad kunskap i riktlinjerna för vård vid obesitas

Socialstyrelsen har samlat in erfarenhetsbaserad kunskap för totalt fem frågeställningar. Påståendena i webbenkäten formulerades i samråd med de ansvariga experterna i projektledningen. Rekrytering till konsensuspanelen har skett via relevanta specialist- och professionsföreningar, NPO och Riksförbundet HOBS. Panelen har bestått av cirka 150 kliniskt verksamma personer med god spridning mellan olika professioner, verksamheter och vårdnivåer för att fånga hela vårdkedjan, t.ex. läkare och sjuksköterskor inom primärvården, specialister inom barnsjukvården, allmänmedicin, internmedicin, endokrinologi, samt skolsjuksköterskor, fysioterapeuter, dietister och psykologer. Konsensuspanelen har haft en god spridning över landet och alla sjukvårdsregioner har varit representerade. Resultatet från enkäterna redovisas i respektive kunskapsunderlag, men sammanfattningsvis varierar antalet svarande på frågorna mellan 77–105 personer, och andelen som instämmer med konsensuspåståendet varierar mellan 92–99 %.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med att ta fram kunskapsunderlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om åtgärdens kostnadseffektivitet för ett urval av frågeställningarna. Det primära syftet med de hälsoekonomiska analyserna är att väga in kostnadseffektivitetsprincipen i rangordningen av rekommendationerna (se *Hur vi rangordnar rekommendationer*). Projektledningen bedömer vilka frågeställningar som är relevanta för en hälsoekonomisk analys utifrån vilka åtgärder som kommer att vara kostnadsdrivande (åtgärden kostar mycket eller berör många) eller som har stora organisatoriska konsekvenser.

Arbetet inleds med en systematisk litteraturgenomgång som utgår från samma sökning som för det vetenskapliga underlaget men med fler sökord och i fler databaser med relevans för hälsoekonomi. För de studier som är av

god kvalitet och relevanta för svenska förhållanden bedömer vi att evidensen är god (tabell 2 a). När studierna är av god kvalitet men har vissa brister i relevans redovisar vi att det finns viss evidens. När det helt saknas relevanta studier kan experterna göra egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar.

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

Kostnadseffektivitetskvoten klassificerar vi sedan enligt fyra kategorier; låg, måttlig, hög eller mycket hög kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår. När det saknas underlag för beräkningar är kostnadseffektiviteten inte bedömbär.

I samarbete med projektledningen tar de hälsoekonomiska experterna även fram en analys av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av riktlinjernas slutgiltiga rekommendationer. Syftet är att beskriva några av de förändringar som kan inträffa när regionerna tillämpar rekommendationerna. Till stöd för arbetet används de kostnadseffektivitetsanalyser som tagits fram och andra källor, till exempel registerdata, öppna jämförelser, lägesrapporter, nationella utvärderingar och uppgifter om nuvarande praxis.

Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens klassas enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagen i dialog med faktagruppens experter.

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

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.

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

Det hälsoekonomiska underlaget har tagits fram av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE). De har tagit fram underlag om åtgärdernas kostnadseffektivitet för fyra av frågeställningarna. De hälsoekonomiska underlagen har baserats på data från den vetenskapliga litteraturen, och inga egna modellberäkningar eller kalkyler har utförts. IHE har även gjort en analys av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av riktlinjernas slutgiltiga rekommendationer.

Hur vi rangordnar rekommendationer

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

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

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

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

Varje riktlinjeområde rangordnas för sig, och man jämför de olika åtgärderna för ett tillstånd inom just det området. Siffran 5 betyder inte nödvändigtvis samma sak i riktlinjerna för vård vid obesitas som en annan nationell riktlinje. Däremot är ramarna för rangordningen densamma i alla riktlinjer:

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

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

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

Socialstyrelsen ger rekommendationen FoU om

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

– samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget. Att en åtgärd rekommenderas som FoU, innebär att den enbart bör erbjudas i hälso- och sjukvården inom ramen för forskning och utveckling där en systematisk utvärdering av behandlingens effekt sker.

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

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

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

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

Hur vi rangordnat rekommendationerna i riktlinjerna för vård vid obesitas

Socialstyrelsen har rekryterat representanter till arbetsgruppen (prioriteringsgruppen) via sjukvårdsregionerna och patientföreningen Riksförbundet HOBS (hälsa oberoende av storlek) som ombetts nominera representanter.

Prioriteringsgruppen har bestått av sammanlagt 26 personer som representerar olika vårdnivåer och olika delar av landet och har en bred kompetens och praktisk erfarenhet av kliniskt arbete inom hälso- och sjukvård för obesitas. Två av deltagarna har företrätt Riksförbundet HOBS.

Samtliga deltagare har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att det inte föreligger något hinder för att delta i prioriteringsgruppen. Yrkesgrupper som finns representerade är läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, fysioterapeuter, dietister, psykologer och psykoterapeuter. En del är specialiserade inom bland annat allmänmedicin, primärvård, kirurgi och barnsjukvård. En del av medlemmarna i prioriteringsgruppen har haft tjänster som verksamhetschefer och enhetschefer inom hälso- och sjukvård.

I arbetsprocessen använder vi en modifierad Delphimetod. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickas ut till prioriteringsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare ger

sedan individuella förslag på rangordningssiffra 1-10, FoU eller icke-göra för den aktuella frågeställningen, utifrån en helhetsbedömning av tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt. (Ev. hälsoekonomiska analyser har vägts in senare.)

I enkäten uppmanas deltagarna att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs anonymt, och skickas därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät. Prioriteringsmedlemmarna får därmed möjlighet att revidera sina tidigare förslag på prioritering utifrån övriga medlemmars kommentarer och förslag till rangordning. Vid efterföljande möten utgår prioriteringsgruppen från resultatet av webbenkäten, diskuterar och enas om ett förslag på prioritering/rangordning som hela gruppen står bakom. De frågeställningar som får ett tillägg av ett hälsoekonomiskt underlag utvärderas därefter på nytt för att väga in de hälsoekonomiska aspekterna i rangordningen.

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

I den initiala prioriteringen ingick två rekommendationer (en för vuxna och en för barn 12–17 år) som även omfattade aptitreglerande läkemedel. Dessa ströks dock i ett sent skede eftersom inget av de aptitreglerande läkemedlen ännu ingår i den statliga läkemedelsförmånen, utan de bekostas fullt ut av patienterna själva. För vuxna ersattes rekommendationen med en ny rekommendation¹ efter ett extrainkallat prioriteringsmöte.

Riktlinjerna för vård vid obesitas innehåller relativt få rekommendationer (19 stycken) och utgångspunkten har varit att på en kortare tid kunna ge vägledning i lednings- och styrningsfrågor där behovet av vägledning är allra störst. Som en följd av detta är nästan samtliga rekommendationer relativt högt prioriterade (rangordningssiffra 2 till 5 samt FoU). Samtliga prioriteringsmöten har skett digitalt på grund av covid-19-pandemin.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För varje riktlinje tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp att hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården utför de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar samt olika kvalitetsaspekter i den vård och omsorg som erbjuds. En indikator kan exempelvis vara nydiagnostiserade barn och vuxna med obesitas, eller andelen barn och vuxna med obesitas som får kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedel eller kirurgisk behandling. Ett annat exempel kan vara andelen vuxna med minskad samsjuklighet 5 år efter kirurgisk behandling.

¹ ID 13: Tillstånd: Vuxna med obesitas, aktuella för läkemedelsbehandling; Åtgärd: Orlistat, som tillägg till levnadsvanebehandling.

En indikator ska

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

Hur vi tagit fram indikatorer i riktlinjerna för obesitas

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för Nationella riktlinjer för obesitas. Indikatorerna speglar ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna. Dessutom finns andra indikatorer med stor relevans för området, så som rapportering till kvalitetsregister och överdödlighet bland personer med obesitas.

De flesta indikatorerna är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med en utvecklingsindikator menar vi att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp indikatorn på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

Socialstyrelsen har fokuserat på att ta fram indikatorer som ska spegla de mest angelägna rekommendationerna i riktlinjerna och de viktigaste aspekterna av god vård. När det inte finns några nationella datakällor kommer datainsamlingen att ske via enkät. För att kunna få en nationell bild bedömer Socialstyrelsen att det finns behov av att använda enkäter för att samla in relevanta data, vilket motiverar det merarbete det kan innebära för vårdgivarna.

En mer utförlig beskrivning och en indikatorförteckning finns i indikatorrapporten som finns att hämta på www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/.

Referenser

1. Vården vid övervikt och fetma/obesitas. Behovs- och problemanalys avseende nationella riktlinjer och andra nationella kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen, Avdelningen för analys, Enheten för specialiststöd 1; 2020.
2. GRADE. Hämtad 2022-02-14 från:
<https://www.gradeworkinggroup.org/>
3. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköping: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017. Report No.: 1650-8475.