

2. Metod för den systematiska litteraturgranskningen

Arbetet med den systematiska litteraturöversikten inleddes med att upprätta en projektplan där två huvudområden skisserades:

1. Förebyggande av fetma hos vuxna samt hos barn och ungdom
2. Behandling av fetma hos vuxna samt hos barn och ungdom.

Varje avsnitt delades in i delfrågor. För varje enskilt avsnitt i rapporten var två medlemmar ur projektgruppen huvudansvariga.

För att säkerställa att alla frågor och behandlingsformer av betydelse för patienter och allmänhet hade medtagits sammankallades ett lekmanamöte. Här deltog en representant från Överviktigas Riksförbund, en från Svenska Diabetesförbundet, två från SBU:s lekmanagrupp och en journalist. De synpunkter som framkom vid diskussionen medförde vissa tillägg i frågeställningarna och intogs i projektplanen. Denna grupp har också lämnat synpunkter på sammanfattningen av rapporten.

Litteratursökning

Litteratursökning har gjorts för tiden 1966 till 2001 i Medline samt i Cochrane Library. Sökningen gjordes separat för vuxna (>18 år) och för barn (0–18 år). De huvudsakliga sökorden presenteras i Tabell 2.1. För följande fyra områden har därutöver ytterligare databaser använts:

1. Kostnader och hälsoekonomiska utvärderingar:
Cinahl, HEED, samt NHS (Centre for Reviews and Dissemination)
2. Alternativmedicin: Embase, Cinahl
3. Etik: PsycInfo
4. Livskvalitet: PsycInfo.

Tabell 2.1 Huvudsakliga sökord och sökordskombinationer som tillämpats vid litteratursökningen.

Studier avseende vuxna >18 år	Studier avseende barn 0–18 år
<p>Obesity: preventive and control exercise exercise therapy diet therapy dietary fiber very low calorie diet behaviour therapy quality of life ephedrine and caffeine lipase inhibitors sibutramine drug therapy surgery gastric bypass sleep apnoea infertility, female polycystic ovary syndrome costs and cost analysis, cost-effectiveness, cost benefit, cost utility sick leave pension and disability ethics alternative medicine</p>	<p>Obesity: diet therapy drug therapy therapy rehabilitation surgery prevention & control</p>

Ytterligare studier har sökts via referenslistor i relevanta artiklar, i kongressrapporter, genom gruppmedlemmarnas internationella kontakter samt i översiktsartiklar. Studier rörande prevention kan vara klassificerade i databaserna under andra termer än de som återges i Tabell 2.1. Därför har sökning också gjorts via SBU-rapporten ”Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl” (1997).

Litteraturgranskning och kvalitetsbedömning

Granskning och klassificering av sökta studier gjordes i följande tre faser:

Fas 1

Klassificering med hjälp av sammanfattningarna (abstracts) till varje studie. Sammanfattningarna granskades av två projektgruppsmedlemmar oberoende av varandra. Målet var att identifiera irrelevanta studier: dvs sådana som inte berörde ämnet fetma, inte svarade på projektets frågeställningar, där problemet fetma ej gick att urskilja från andra frågeställningar i studien, fallbeskrivningar, ledare, kommentarer, djurexperiment m m. Följande språk accepterades: svenska, norska, danska, engelska, tyska och franska. Om någon mycket relevant studie skulle identifieras på annat språk inkluderades även denna. För avsnittet om alternativmedicinska behandlingsmetoder (Kapitel 4.7) inkluderades även studier på det kinesiska språket. När resultaten från de två oberoende granskarna jämfördes inkluderades i följande granskningsfas även studier som bedömts ”möjligen vara relevanta” av en eller båda granskarna. Inför den andra granskningsfasen beställdes hela den publicerade artikeln.

Fas 2

En ny granskning av hela artiklar gjordes av de två projektgruppsmedlemmarna. Målsättningen var fortfarande att identifiera ej relevanta studier. I denna omgång registrerades också anledningarna till utsorteringen. Tidigare specificerade minimikrav tillämpades för att en studie skulle tas med till tredje fasen av litteraturgranskningen. Dessa krav var följande:

- Studierna skulle behandla fetma, dvs BMI >30 enligt WHO:s definition. I ett antal studier som genomförts innan BMI-begreppet började tillämpas angavs övervikt i antal kilo, alternativt antal procent över normal eller ”ideal” vikt enligt ”Metropolitan Height and Weight Tables”. I rapporten har därför medtagits även studier som i varierande utsträckning inkluderar individer med övervikt men där ändå många ingående personer har fetma enligt BMI-definitionen. De olika kapitlens slutsatser är huvudsakligen baserade på fynd i studier där det säkert rört sig om fetma.

- Studiens uppföljningstid skulle vara minst 12 månader. I flera fall accepterades dock kortare tider (6 månader) om inget annat material inom ämnesområdet fanns. Detta noterades särskilt och beaktades i kvalitetsbedömningen.
- Kontrollgrupp måste finnas. I vissa fall, såsom beträffande kirurgi och alternativmedicin, inkluderades studier utan kontrollgrupp när sådana var de enda tillgängliga.
- Studien måste innehålla någon relevant resultatvariabel, i första hand viktreduktion/viktstabilitet samt dödlighet, livskvalitet och psykosociala konsekvenser. Även sjuklighet i form av hjärtinfarkt, stroke, sömnapné, ortopediska belastningsskador, fertilitetsförbättring, sjukskrivning och sjukhusvistelse bedömdes vara relevanta resultatvariabler. Hit räknades även tillfrisknande från eller förbättring av behandlingskrävande diabetes, hypertoni och blodfettrubbningar.
- Rapporter om biverkningar och risker med olika behandlingsformer eftersöktes särskilt och medtogs för den fortsatta granskningen.
- Hälsoekonomiska utvärderingar, liksom studier av kostnader för fetmarelaterade sjukdomar granskades enligt de kriterier som redovisas i Kapitel 1.6 och i Kapitel 8.

Fas 3

De studier, som av någon av de två granskarna bedömts uppfylla, eller möjligen uppfylla, minimikraven togs med till den slutliga granskningen. Studierna kvalitetsbedömdes där efter studietyp och i tre grader: Högt bevisvärde, Medelhögt bevisvärde och Lågt bevisvärde inom var och en av dem. Vid eventuell oenighet mellan de två granskarna om en studies bevisvärde fick ytterligare några i projektgruppen läsa arbetet, som därefter inkluderades eller exkluderades efter diskussion.

Kvalitetsbedömningen gjordes med hjälp av följande kriterier, vilka här står i ordning från högt till lågt bevisvärde:

Studietyp

Randomiserade studier

Studier med matchade kontroller/ekologiska kontroller

Studier med tveksamma eller inga kontrollgrupper

Uppföljningstid

Behandlingsstudier:

- Mer än 2 år
- 1–2 år
- I undantagsfall mindre än 1 år.

Preventionsstudier:

- Mer än 5 år
- 3–5 år
- 1–2 år.

Bortfallets storlek

- Mindre än 20 procent
- 20–30 procent
- 30–40 procent.

Studiens storlek, totalt antal uppföljda patienter

Behandlingsstudier:

- Fler än 150
- 75–150
- 25–75.

Preventionsstudier:

- Mer än 1 000
- 500–1 000
- 200–500.

Studier med höga värden på alla variablerna bedömdes ha *högt bevisvärde* och studier med låga värden *lågt bevisvärde*. *Medelhögt bevisvärde* gavs för mellannivån. Lågt bevisvärde gavs vidare till alla studier med mer än 40 procent bortfall, med mindre än 25 behandlade patienter respektive färre än 200 personer i studier om förebyggande åtgärder.

Som nämnts ovan kvalitetsbedömdes hälsoekonomiska studier med något annorlunda kriterier.

Faktaregistrering och slutsatser

Fakta har extraherats ur alla studier med högt eller medelhögt bevisvärde och för vissa områden även vid lågt bevisvärde då annat ej funnits till hands. När uppgifter funnits tillgängliga om resultat för män, kvinnor respektive barn har dessa redovisats separat. En syntes av resultaten från studierna med högt och medelhögt bevisvärde har därefter gjorts. Endast statistiskt signifikanta skillnader i resultaten har beaktats ($p < 0,05$). Frånvaro av sådana skillnader innebär inte att metoden saknar effekt, men att någon sådan inte kunnat visas.

Rapportens slutsatser har graderats efter styrkan i det vetenskapliga underlaget i huvudsak enligt följande:

Evidensstyrka 1 – Starkt vetenskapligt underlag. Minst två studier med högt bevisvärde eller en god systematisk översikt. Inget väsentligt talande emot fynden.

Evidensstyrka 2 – Måttligt starkt vetenskapligt underlag. En studie med högt och minst två studier med medelhögt bevisvärde. Inget väsentligt talande emot fynden.

Evidensstyrka 3 – Begränsat vetenskapligt underlag. Minst två studier med medelhögt bevisvärde. Inget väsentligt talande emot fynden.

Med sämre vetenskapligt underlag har inga slutsatser dragits.