Region Stockholm

9
Yttrande över nationella riktlinjer för vård vid obesitas – för jämlik vård och bra bemötande
VKN 2022-0119

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin
Sofia Clarin

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2022-0119
2022-08-04

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över nationella riktlinjer för vård vid obesitas – för jämlik vård och bra bemötande

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsens har tagit fram nationella riktlinjer för vård vid Obesitas. Region Stockholm har genomfört ett kunskapsregionalt seminarium med syfte att ta in synpunkter på Socialstyrelsens framtagna riktlinjer för vård vid Obesitas. Det finns möjlighet för Region Stockholm att fram till den 30 september 2022 att lämna in eventuella synpunkter till Socialstyrelsen. Detta ärende utgör regionens yttrande över riktlinjerna till Socialstyrelsen.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Yttrande över Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid Obesitas – för jämlik vård och bra bemötande.

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtandet som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Socialstyrelsen ger ut rekommendationer om vård för olika sjukdomar i nationella riktlinjer. Riktlinjerna ska stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna vänder sig framför allt till beslutsfattare i hälso- och sjukvården med syfte att bidra till att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade hälsotillstånd och åtgärder än till de med lägre prioritet.

Obesitas är en sjukdom som är vanligt förekommande i länet men som är ojämlikt fördelad i både förekomst och behandling, vilket belysts i rapporten ”Den ojämlika obesitasvården” från 2022. Implementering av riktlinjerna utgör därför ytterst ett stöd i arbetet för en mer jämlik hälsa ”Nå en jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet” i enlighet med länets utvecklingsplan och -strategi, RUFS 2050, och regionens Folkhälsopolicy ”Befolkningen ges jämlik tillgång till vård och jämlikheten i hälsa ökar”.

Överväganden
Region Stockholm välkomnar huvudbudskapen i de föreslagna riktlinjerna som innebär kunskapshöjande insatser för ett mer strukturerat omhändertagande av patienter med obesitas. Det är välkommet att Sverige får nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Det är betydelsefullt att Socialstyrelsen med dessa riktlinjer markerar att obesitas är en underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom med stora konsekvenser för individen och för samhället. Personal inom hälso- och sjukvården behöver kompetensutveckling för att kunna möta patienterna på ett sätt som inte är stigmatiserande och kunna erbjuda kunskapsbaserade behandlingar på ett bättre sätt. Kombinerad levnadsvanebehandling, så som individuellt anpassad rådgivning av kost och matvanor, råd om fysisk aktivitet samt stöd för andra beteendeförändringar som behövs beskrivs som centrala. Vidare utgör huvudbudskapen rekommendationer vid läkemedelsbehandling samt vid behandling med kirurgi.

Region Stockholm vill lyfta följande reservationer mot remissversionen som bör beaktas av Socialstyrelsen inför den planerade reviderade versionen 2023. Svaret från Region Stockholm följer den struktur Socialstyrelsen tagit fram i den enkät som är framtagen där synpunkter kan lämnas.

Övergripande synpunkter på riktlinjerna:
Riktlinjerna är i sin form mycket översiktliga och betydande arbete kommer att krävas för att konkretisera dem på nationell och regional nivå för att trygga en god och jämlik vård. Otydligheten är olycklig eftersom den lämnar öppet för alltför stora tolkningsmöjligheter i regionernas ambitionsnivå vilket sannolikt inte är intentionen med riktlinjerna eftersom det kan bidra till att öka ojämlikheten i hälsa.

Det är exempelvis positivt att riktlinjerna rekommenderar att ungdomar kan erbjudas bariatrisk kirurgi med gastric bypass, men det hade varit välkommet med resonemang kring urval av patienter, utredning och uppföljning. Nu lämnar Socialstyrelsen detta arbete åt andra instanser.

Likaså lämnar riktlinjernas fastställda format med ett fåtal rekommendationer en alltför begränsad konkret vägledning kring vad patienter har rätt att kräva av hälso- och sjukvården.

Riktlinjerna tydliggör att patienter med obesitas ska identifieras tidigt, erbjudas utredning och strukturerad behandling. Riktlinjerna beskriver situationen för patienter med särskilda behov vilket är viktigt eftersom obesitas är vanligare hos patienter med neuropsykiatriska diagnoser eller andra funktionshinder. Det är också bra att riktlinjerna poängterar betydelsen av ett gott bemötande eftersom det är vanligt att patientgruppen möts med fördomar och stigmatiserats.
Det är betydelsefullt att vikten av fortbildning för personal lyfts fram liksom hur implementering av riktlinjerna kan ske på ett strukturerat sätt. Texten är lättläst och överskådlig.

Barn har särskilda rättigheter, enligt både Barnkonventionen och Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 6 § anges ”När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas”. Ur ett rättighetsperspektiv bör därför barn få sin obesitasdiagnos så att adekvat behandling kan inledas tidigt. I nästa version av riktlinjerna bör barnets, patientens, rätt till fast vårdkontakt enligt hälso- och sjukvårdslagen och verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning, tydliggöras.

Riktlinjerna behöver utvecklas både kring behandlingsinsatsers art och grad och kring det behov av strukturerad uppföljning som beskrivs. Som vid många kroniska sjukdomar är det vid obesitas ofta en flytande övergång mellan behandling och uppföljning där intensiteten i behandlingen kan behöva variera över tid. Att utvärdera behandlingseffekten av kombinerad levnadsvanebehandling är svårt. Sjukdomens svårighetsgrad och patienters behov och egna resurser varierar. Resultatmått är ofta kopplade till enbart vikt eller BMI och resultatmåtten bör utvecklas till att omfatta senkomplikationer och andra aspekter på hälsa. Patient- och familjerapporterade mått bör utvecklas.

I riktlinjen saknas tydlighet och rekommendationer kring vårdkedjor och övergången (transitionen) mellan barn- och vuxensjukvård.

Uppföljning är centralt för implementering och utveckling, därför ställer sig Region Stockholm positiv till att Socialstyrelsen följer upp följsamheten till riktlinjerna.

Avslutningsvis vill Region Stockholm understryka betydelsen av att Socialstyrelsen snarast reviderar riktlinjerna med en precisering av begreppet behandling och uppföljning med minsta antal besök per år, vilka komponenter som bör ingå och vilka kompetenser som krävs hos vårdgivaren. Det är centralt för att regioner med vårdval inom flera vårdområden, såsom i Region Stockholm, ska kunna säkerställa att ersättning till vårdgivarna blir tillräcklig för att tillhandahålla adekvat behandling i enlighet med riktlinjerna. Likaså är det avgörande för att regionerna ska få förutsättningar att kvantitativt följa upp om patienterna får vård i enlighet med riktlinjerna och för att regionerna ska kunna göra ekonomiska konsekvensanalyser av riktlinjerna. Saknas kunskapsunderlag för att precisera ovan föreslås Socialstyrelsen i första hand att prioritera att ge lämplig aktör i uppdrag att ta fram de kunskapsunderlag som behövs. Är det inte möjligt kan exempelvis den analys som gjordes av David C Grossman US för Preventive Services Task Force 2017, och som konstaterade behandlingen behövde vara intensiv och omfatta ≥26 timmar, vara en utgångspunkt för en mer preciserad behandling och uppföljning gällande barn.

Specifika synpunkter
Sidan 19. Socialstyrelsen förordar att uppföljningen ska vara strukturerad, regelbunden och långsiktig. Det hade varit önskvärt om Socialstyrelsen hade kunnat precisera vad som innefattas i behandling och uppföljning och vilken kompetens som krävs för insatsen. Läkemedelsbehandling vid kroniska sjukdomar behöver ofta vara långvarig och vid livsstilsbehandling vid kroniska sjukdomar är det en ofta en flytande övergång mellan behandling och uppföljning. Socialstyrelsen anger också att ”Patienterna behöver också följas upp strukturerat, regelbundet och långsiktigt – vissa behöver livslång uppföljning”. Här vill regionen påpeka att det är ”de flesta” patienter som behöver livslång uppföljning.

Resurser för utredning av ungdomar 15–18 år inför obesitaskirurgi, operation och uppföljning efter obesitaskirurgi behöver tillföras. De yngre patienterna har ibland större behov av stöd och mer varierande resultat efter obesitaskirurgi än vuxna. Nationellt samarbete mellan kliniker bör uppmuntras så att vård och erfarenheter samlas för patienter som blir aktuella för obesitaskirurgi före 18 års ålder i stället för att spridas på många enheter med enstaka patienter.

Sidan 19–20 Efter obesitaskirurgi kan det uppstå, förutom vitamin- och mineralbrister, olika ät- och måltidsrelaterade problem och post-bariatrisk hypoglykemi. Dietistkompetens inom området bör säkerställas.

Sidan 21. Begreppet Elevhälsan innefattar den samlade Elevhälsan som bestå av psykosociala, psykologiska och medicinska insatser. Under stycket ”Så påverkas hälso-och sjukvården” behöver det tydliggöras att det handlar om Elevhälsans medicinska insats.

Sidan 22. Kompetensutveckling. Nutrition och matvanor borde lyftas mer även under detta område även om det är underförstått att det kan ingå i de olika delarna.

Färdighetsträning i samtalsmetodik nämns, vilket är mycket bra, men bör förtydligas under kombinerad levnadsvanebehandling. Likaså är energireduktion en förutsättning för viktminskning vilket därmed bör förtydligas som en central del gällande kompetensutveckling samt betydelsen av hälsosamma matvanor för att främja den långsiktiga hälsan och förebygga följdsjukdomar relaterade till obesitas.

Sidan 23. I riktlinjen framhålls att alla barn med obesitas ska erbjudas kombinerad levnadsvanebehandling och att behandlingen ska följas upp minst en gång om året. Riktlinjerna ger inte ett tillräckligt stöd för regioner och andra beslutsfattare för att kunna prioritera och avsätta resurser för kombinerad levnadsvanebehandling. I nästa version av riktlinjerna önskas att Socialstyrelsen konkretiserar innehållet i behandling respektive uppföljning. Uppföljning med ett besök per år bedöms utgöra en insats av begränsad betydelse för de flesta barn med obesitas. Digitala behandlingsmodeller har potential både som behandlingsstöd, biofeedback och egenvård, men för många patienter kommer fysiska besök och samverkansinsatser att behövas. För barn med svår obesitas som inte har effekt av kombinerad levnadsvanebehandling eller utvecklar följdsjukdomar krävs mer specialiserad vård med ytterligare resurser både för mer frekventa besök, fördjupade utredningar, läkemedel och kirurgi. Vidare bör behandlarens kompetens i levnadsvanebehandlingen förtydligas. Är det en dietist, en psykolog el fysioterapeut? Förtydliga skillnaden mellan barn och vuxna vid nästa revidering.

Sidan 24. Rekommendationen om att kombinerad levnadsvanebehandling har hög prioritet för barn från 2 års ålder är alltför generell och kan bli svårt att förhålla sig till för icke-specialiserade vårdgivare. Insatser för barn 2–4 år riktas till föräldrarna och initieras ofta från barnhälsovården som arbetar enligt Rikshandboken. Barn med mycket snabb viktökning, syndrom eller annan samsjuklighet eller monogen obesitas kan vara aktuella för behandling redan från två års ålder men de patienterna bör tas om hand inom den högspecialiserade barnsjukvården. För mindre komplexa fall brukar behandling bli aktuell från fyra års ålder. Detta föranleder att Region Stockholm ifrågasätter behandling från 2 års ålder.

Att remittera alla barn med obesitas för behandling vid två års ålder kommer att ta resurser från vården som kan användas bättre.

Sidan 28 Vitamin- och kosttillskott borde ändras till vitamin och mineraltillskott. Förtydliga vilka resurser och vilken kompetens som gällande detta krävs för uppföljning i primärvården respektive specialistvården. Specificera skillnader i kompetens vid behov av olika åtgärder tex kring nutritionsuppföljning, ät- och matrelaterade problem, stöd för fysisk aktivitet, psykologiskt stöd.

Sidan 28. Personer mellan 15–25 år som går igenom obesitaskirurgi kan behöva ett särskilt omhändertagande i den specialiserade vården en längre tid. Socialstyrelsen hade kunnat definiera ”en längre tid”.

I riktlinjerna ger Socialstyrelsen prioritet 3 till bariatrisk kirurgi vid BMI över 30 vid och prioritet 2 vid BMI över 35. Detta utgör en stor ändring med kraftigt ökade populationer som kommer i fråga för behandlingen. Det riskerar skapa undanträngningseffekter och kan medföra ökad ojämlik vård när fler tvingas söka sig till privata utförare. Vinsterna med operation vid BMI <40 är störst för patienter med samsjuklighet vilket bör förtydligas.

Sidan 29. Vitamin- och kosttillskott bör ändras till vitamin - och mineraltillskott

Övriga delar
Sidan 37. Här hänvisas till Nationella Riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Dessa förordar familjestödsprogram som i dagsläget ofta inte implementerats trots att riktlinjerna funnit sedan 2019.

Synpunkter på rapporten Indikatorer för vård vid obesitas

Sidan 13 indikator 1.2. Alla barn med obesitas ska identifieras tidigt och erbjudas utredning och bedömning. I barnhälsovården, elevhälsans medicinska insats och barnsjukvården är det etablerat att mäta och väga barn. Sammanställning av data saknas. Med en känd prevalens i ett nationellt hälsodataregister, kan ”gapen” på tre nivåer kartläggas: diagnosticeringsgrad, täckningsgrad av behandling och behandlingseffekt.

Sidan 16: Indikatorn 2.1 nydiagnostiserad obesitas ter sig felkonstruerad. Det som avses verkar vara nydiagnostiserade barn/100 000, dvs incidens. Det önskvärda är att färre barn får diagnosen obesitas, att incidensen sjunker. Det är inte, som det står, eftersträvansvärt med en hög siffra.

En ”hög andel” syftar rimligen på täckningsgrad. Då måste förekomsten, prevalensen, vara känd i befolkningen. Med en känd prevalens går det att besvara hur stor andel av barn med obesitas som får diagnos, och i nästa steg hur många med diagnos som får behandling.

Resonemanget berör även indikator 3.1.

Sidan 17 Indikator 2.2 och 2.3. Kombinerad levnadsvanebehandling. Indikatorn är viktig men Socialstyrelsen bör i kommande versioner av riktlinjer om möjligt tydliggöra definitioner av vilka insatser som krävs (tex komponenter, kompetenser, besöksfrekvens per år) för att ett besök ska klassificeras som behandling respektive uppföljning, och inte bara är ett ”kontrollbesök” där längd och vikt registreras.

Sidan 27. Vilka ska registrera strukturerad uppföljning enligt Nationella riktlinjer. Är det i samband med varje besök, eller vid årlig uppföljning på vårdcentralen?

Sidan 31: Samordna gärna KVÅ-koderna med de nationella riktlinjerna för ohälsosamma levnadsvanor. Ex rådgivande samtal om matvanor är bra att det finns då den kan användas av alla yrkeskategorier. När ska KVÅ-koderna för beteendeförändring användas. Är det specifika KBT-terapier som menas. Eller räcker det att använda KBT-inriktade strategier som problemlösning för att denna kod ska användas? Kanske bra att försöka förenkla och tydliggöra KVÅ kodningen så mycket som möjligt.

Sidan 33: Det finns många olika KVÅ-koder för behandling av personer som är behov av särskilt stöd. Viktigt att detta tydliggörs och det blir lättanvänt. Samordna KVÅ-koderna med Nationella riktlinjer vid ohälsosamma levnadsvanor för mat och fysisk aktivitet. Koderna för psykosocialt stöd se kommentarerna ovan. Inte lätt att förstå, förenkla gärna när dessa koder ska användas.

Ekonomiska konsekvenser
De ekonomiska konsekvenserna av att införa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas enligt denna version är svåra att uppskatta. Region har i yttrandet påtalat detta och att riktlinjerna vid revidering bör precisera behandling och uppföljning med minsta antal besök per år, komponenter som bör ingå, kompetenskrav etc. för att regionerna ska få förutsättningar att bedöma ekonomiska konsekvenser. Vidare att detta är centralt för regioner med vårdval inom flera vårdområden, för att kunna säkerställa att ersättning till vårdgivarna blir tillräcklig för att tillhandahålla adekvat behandling i enlighet med riktlinjerna

Konsekvenser för patientsäkerhet
Huvudbudskapen i de föreslagna riktlinjerna som innebär kunskapshöjande insatser för ett mer strukturerat omhändertagande av patienter med obesitas, kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvården för att kunna möta patienterna på ett sätt som inte är stigmatiserande och kunna erbjuda kunskapsbaserade behandlingar på ett bättre sätt och mer jämlikt. En utveckling av obesitasvården i enlighet med de nya riktlinjerna kan ge en positiv effekt på patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Syftet med nationella riktlinjer är stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården. Detta bör gynna arbetet för en jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Insatser inom den kombinerade levnadsvanebehandlingen registreras idag till stor del manuellt med åtgärdskoder (KVÅ-koder). Detta kan medföra ökad administration för vårdgivarna om fler patienter eller åtgärder tillhandahålls. Ett förslag kring utveckling av automatiserad KVÅ-kodning inom levnadsvanor är under beredning på förvaltningen. Vid en automatiserad KVÅ-kodning bedöms inte riktlinjerna medföra en ökad administration för vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Christoffer Bernsköld
Enhetschef

Beslutet ska skickas till
Socialstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-08-04

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Stöd för styrning och ledning
2022

Socialstyrelsen

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

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

ISBN 978-91-7555-589-8
Artikelnummer 2022-4-7822

Omslagfoto Mostphotos AB
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2022

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid obesitas (även kallat fetma).

Riktlinjerna ska vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården, och stödja användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som politiker, tjänsteperson eller verksamhetschef. Vissa rekommendationer kan också vara aktuella för dig som beslutar om tandvård.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade åtgärder än till lågt prioriterade.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer och nationella målnivåer för uppföljning och utvärdering. Indikatorerna utgår från rekommendationerna i riktlinjerna. Socialstyrelsen planerar att utvärdera vården vid obesitas de närmaste åren, med utgångspunkt i riktlinjernas indikatorer.

Alla intressenter kan diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens bedömningar, rekommendationer och indikatorer i denna version av riktlinjerna, i en bred och öppen process. Efter publiceringen kommer vi att medverka i ett antal regionala seminarier för beslutsfattare och andra berörda. Där kan din sjukvårdsregion eller enskilda region diskutera vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser riktlinjerna kommer att få för er. Diskussionen kan sedan bidra till att fördjupa Socialstyrelsens bedömning av konsekvenserna.

Du som arbetar för exempelvis en region, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vård- eller omsorgsgivare kan vidare skicka skriftliga synpunkter på riktlinjerna, senast 31 juli 2022. Se instruktionerna på Socialstyrelsens webbplats (socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer). Under våren 2023 publicerar vi sedan en uppdaterad version av riktlinjerna, där vi tagit hänsyn till de synpunkter vi fått. Vi kommer också att uppdatera riktlinjerna när fler obesitasläkemedel inkluderas i den statliga läkemedelsförmånen, eftersom det är angeläget att fler patienter kan erbjudas fler läkemedelsalternativ.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Viktigt med tidig diagnos och samverkan genom hela vårdkedjan 7
Vanligt med fördomar och stigmatisering – kompetensutveckling behövs 7
Obesitas går att behandla 7
Vården behöver bli mer jämlik 8
Om de nationella riktlinjerna 9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag 9
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare 9
Fokus på områden med stor förbättringspotential 10
Socialstyrelsens typer av rekommendationer 11
Socialstyrelsen utvärderar vården med hjälp av indikatorer och målnivåer 12
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna 13
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030 13
Om obesitas 14
Vad är obesitas? 14
Vården vid obesitas – status och utveckling 15
Rekommendationer 18
Huvudbudskap: Utbilda personal och erbjud mer kunskapsbaserad vård 19
Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning 19
Kompetensutveckling 22
Kombinerad levnadsvanebehandling 23
Läkemedelsbehandling 25
Kirurgi 28
Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård 32
Att implementera effektivt 32
Exempel på risker och svåra frågor 33
Etiska principer för prioritering 35
Kompletterande kunskapsstöd 37
Projektorganisation 39
Referenser 43
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer 47
Bilaga 2. Översikt av indikatorer 49
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben 52

Sammanfattning

Obesitas (även kallat fetma) är en komplex, kronisk sjukdom. Den försämrar människors livskvalitet och ökar risken för andra allvarliga sjukdomar. Också risken att dö i förtid ökar. Cirka 1,3 miljoner vuxna och 80 000 barn i Sverige har obesitas, och sjukdomen blir allt vanligare. Personer med obesitas behöver kvalificerad vård och ett gott bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen.

Viktigt med tidig diagnos och samverkan genom hela vårdkedjan

Det är viktigt att personer med obesitas får sin sjukdom identifierad i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal bör därför erbjuda vägning och mätning, på ett respektfullt sätt. Då kan patienterna få en tidig diagnos, information om sjukdomen och behandling.

Hela vårdkedjan för personer med obesitas behöver hållas ihop, från diagnostik till uppföljning. För detta krävs samverkan mellan till exempel barnhälsovården, primärvården och den specialiserade vården.

Den regionala hälso- och sjukvården behöver också samverka med socialtjänsten och med kommunal hälso- och sjukvård kring personer med obesitas som behöver särskilt stöd, till exempel på grund av svåra funktionsnedsättningar eller svåra psykiska sjukdomar.

Vanligt med fördomar och stigmatisering – kompetensutveckling behövs

Många med obesitas upplever ett fördomsfullt bemötande, diskriminering och stigmatisering – också i hälso- och sjukvården. Ett nedsättande bemötande försämrar både livskvaliteten och vården. Även till exempel stolar och britsar som inte klarar patientens vikt blir stigmatiserande. Därför behövs mer kunskap och anpassade lokaler. Regionerna och kommunerna behöver utbilda sin hälso- och sjukvårdspersonal för att säkerställa både kunskapsbaserade insatser och ett gott bemötande.

Obesitas går att behandla

Det finns olika sätt att behandla obesitas, som är mer eller mindre effektiva för olika personer. Därför är det viktigt att regionerna kan erbjuda patienterna olika typer av behandling. Det behövs både mer behandling för att ändra beteenden på lång sikt (*kombinerad levnadsvanebehandling*) och större satsningar på läkemedel och kirurgi. Endast runt 1 procent av patienterna behandlas till exempel med läkemedel i dag.

Tidiga insatser är viktiga för att hindra fortsatt viktuppgång, som ökar risken för följdsjukdomar och kan göra behandlingen mer resurskrävande.

Eftersom obesitas är en kronisk sjukdom krävs också lång uppföljning, ibland livslång, och nya insatser vid behov. Sjukdomen kan dessutom vara svårbehandlad, och patienter kan behöva pröva flera behandlingar innan de får önskad effekt. Även förebyggande insatser är därför viktiga i alla delar av samhället.

Vården behöver bli mer jämlik

Det finns stora skillnader i obesitasvården i Sverige när det gäller att utreda, behandla och följa upp patienterna. Vissa regioner har specialiserade vårdenheter för barn eller vuxna med obesitas, medan andra saknar det. I både primärvården och den specialiserade vården skiljer sig också andelen personer med obesitas som får behandling, liksom behandlingens innehåll.

Dessutom är obesitas vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper. Patienterna står också själva för stora kostnader, och många får inte tillgång till den behandling de skulle behöva. Många fler patienter behöver till exempel obesitaskirurgi, och inget av de aptitreglerande obesitasläkemedlen ingår ännu i den statliga läkemedelsförmånen.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till en mer jämlik vård med hög kvalitet. Vi kommer att uppdatera dem när ytterligare obesitasläkemedel inkluderas i läkemedelsförmånen, så att vi kan ge fler rekommendationer om läkemedelsbehandling. Vi kommer också att utvärdera hur regionerna och kommunerna följer riktlinjerna. För detta har vi tagit fram indikatorer, som speglar ett urval av rekommendationerna.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer stödjer dig som beslutar om vården för barn och vuxna med obesitas (även kallat fetma). Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av sjukdomen obesitas och hur vården utvecklas
- Socialstyrelsens rekommendationer om vård vid obesitas, inklusive konsekvensanalyser och indikatorer för uppföljning och utvärdering
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i hälso- och sjukvården, och prioritera för en jämlik vård
- en översikt av kunskapsstöd som kan komplettera riktlinjerna.

➔ **Läs mer:** *Stöd för styrning och ledning* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – en huvudrapport för dig som beslutsfattare. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar, bland annat en detaljerad översikt av rekommendationerna (*Tillstånds- och åtgärdslista*), kunskapsunderlaget för samtliga 19 rekommendationer och för läkemedel utanför den statliga läkemedelsförmånen samt rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för god vård och omsorg. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågor där det behövs särskild vägledning. I uppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller brukargrupp. På så sätt ska riktlinjerna bidra till en jämlik och god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Där framgår det att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Riktlinjerna ska ge

vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda dem som underlag för att

- fördela resurser
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Vissa rekommendationer kan vara aktuella för dig som beslutar om tandvård. Vi har inte tagit fram specifika kunskapsunderlag för tandvården, men det kan vara lämpligt att se över behovet av till exempel kompetensutveckling även i tandvården, eftersom kunskapen om obesitas generellt behöver öka.

Riktlinjerna kan även ge dig som möter patienter vägledning. Men när du möter enskilda patienter behöver du ta hänsyn till lagar och regler, individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella expertis.

Fokus på områden med stor förbättringspotential

Riktlinjerna tar upp åtgärder som kan vara särskilt viktiga för dig som beslutar om utbudet och resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Det kan vara åtgärder där det finns praxisskillnader, kontroversiella åtgärder eller åtgärder inom områden som behöver kvalitetsutvecklas.

Enbart åtgärder som finansieras av allmänna medel ingår, eftersom riktlinjerna i första hand ska vara ett stöd för att fördela allmänna resurser. Socialstyrelsen ger därmed inga rekommendationer om läkemedel utanför den statliga läkemedelsförmånen, såsom de aptitreglerande läkemedel som är godkända för obesitasbehandling. Däremot beskriver vi effekterna av dessa, eftersom kunskapen behöver öka (se kapitlet *Rekommendationer*, avsnittet *Läkemedelsbehandling*, och webbilagan *Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag*).

Riktlinjerna täcker alltså in ett urval av relevanta åtgärder, och är inget vårdprogram. De kan kompletteras av flera andra kunskapsstöd (se kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*). 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.

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda vissa åtgärder till patienter med vissa hälsotillstånd (se kapitlet *Rekommendationer*).

Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården bör erbjuda, i prioritetsordning. Åtgärder med prioritet 1 är mest angelägna och åtgärder med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda åtgärderna (utmönstra dem).

Effektiva åtgärder vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

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.

Hälsotillståndets svårighetsgrad avgörs bland annat av risken att dö i förtid eller att få ytterligare sjukdom, funktionsnedsättning eller sänkt livskvalitet. Åtgärdens effekt handlar om nyttan för patienten, och bedöms utifrån ett vetenskapligt underlag – den bästa tillgängliga kunskapen.

I vissa fall är det dock inte möjligt att uttala sig om en åtgärds effekt utifrån ett vetenskapligt underlag, på grund av att det vetenskapliga stödet saknas eller är otillräckligt. Då kan det i stället vara aktuellt att samla in bästa tillgängliga kunskap om en åtgärd i form av beprövad erfarenhet. För att göra det använder Socialstyrelsen en systematisk konsensusprocess.

Åtgärdens kostnadseffektivitet avgörs av nyttan för patienten i förhållande till kostnaden. Socialstyrelsen gör framför allt hälsoekonomiska analyser för de åtgärder som genererar en stor kostnad.

Prioriteringsarbetet utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [1]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

➔ **Läs mer:** Metoden för rangordningsprocessen beskrivs i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utveckling) om

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

– samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När verksamheter utvärderar åtgärdens effekt kan hälso- och sjukvården få ny kunskap. Kunskapen kan sammanställas 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.

Icke-göra betyder att åtgärden bör utmönstras

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 är diagnostisk men visar inget som påverkar den fortsatta utredningen eller behandlingen.

I dessa riktlinjer för vård vid obesitas ingår dock inga icke-göra-rekommendationer.

Socialstyrelsen utvärderar vården med hjälp av indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen rapporterar återkommande om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi utvärderar bland annat hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i verksamheterna. Denna kunskap används sedan när vi uppdaterar de befintliga riktlinjerna. Utvärderingarna kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingarna utgår från indikatorer som tas fram i riktlinjearbetet, men belyser också andra aspekter av vården. I dessa riktlinjer ingår indikatorer för vård vid obesitas. Som beslutsfattare kan du använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra vårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt

- förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

Socialstyrelsen fastställer även nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för till exempel en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå. De fastställs enligt en beprövad modell, som inkluderar både statistiska underlag och konsensusprocess [2].

➔ **Läs mer:**
- I bilaga 2 finns en översikt av alla indikatorer för vård vid obesitas.
- Indikatorerna redovisas även mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas* på Socialstyrelsens webbplats – se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

➔ **Kommande publiceringar:**
- Socialstyrelsen planerar att utvärdera vården vid obesitas de närmaste åren. Utvärderingen kommer att beskriva i vilken mån hälso- och sjukvården följer rekommendationerna i dessa riktlinjer.
- När Socialstyrelsen utvärderar vården vid obesitas kommer vi också att utreda förutsättningarna för att ta fram nationella målnivåer för vård vid obesitas. Om det är aktuellt att sätta målnivåer publiceras målnivåerna i en separat rapport.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

Socialstyrelsen samverkar med regionernas nationella system för kunskapsstyrning i arbetet med nationella riktlinjer, och med aktuella nationella programområden (NPO). NPO barn och ungas hälsa har till exempel tillsatt en nationell arbetsgrupp för att bland annat ta fram behandlingsrekommendationer för barn med obesitas, utifrån de nationella riktlinjerna. Vidare har sjukvårdsregionerna nominerat experter till riktlinjearbetet och förberett de regionala seminarier som ordnas efter publiceringen. Andra som bidragit är professions- och specialistföreningar och Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek (patientorganisation för personer som lever med övervikt och obesitas).

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välstånd. I vården vid obesitas är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhälleliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att genomföra främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [3].

Om obesitas

Vad är obesitas?

Vanlig sjukdom med allvarliga hälsorisker

Personer med obesitas har en ökad risk för ohälsa, till följd av en hög andel fettväv i kroppen.[1] Risken att dö i förtid ökar, liksom risken för flera allvarliga följdsjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2, depression och flera cancerformer [4-6]. Sjukdomen kallas ofta fetma, men det kan upplevas som kränkande. I dessa riktlinjer använder vi genomgående ordet obesitas.

Obesitas beror på en långvarig obalans i energiintaget: Personer med obesitas får i sig mer energi än vad de förbrukar [4, 7]. Detta har i sin tur komplexa orsaker [8]. Personliga förutsättningar som genetik, psykisk hälsa och levnadsvanor[2] spelar in, liksom faktorer i kulturen och samhället, som tillgång till energirik mat [7, 11, 12]. Sjukdomen är kronisk och går ofta i skov, med både viktuppgång och viktnedgång.

Obesitas är vanligt: Cirka 1,3 miljoner personer i åldern 16–84 år uppskattas ha sjukdomen i Sverige (16 procent), och cirka 80 000 barn i åldern 4–15 år (5 procent). Andelen personer med obesitas i Sverige har ökat kraftigt sedan 1980-talet – bland vuxna har den tredubblats [13] och bland barn femdubblats [14, 15]. Även andelen gravida med obesitas har ökat [16].

➔ **Läs mer:** I webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* finns mer detaljerade uppgifter om antalet barn och vuxna med obesitas i Sverige.

Stigmatisering och sämre livskvalitet

Personer med obesitas är en stigmatiserad grupp, och många upplever ett fördomsfullt bemötande. Diskriminering och kränkande behandling är utbrett i samhället, såväl i arbetslivet och utbildningssystemet som i hälso- och sjukvården [17-19]. Detta kan leda till låg självkänsla, depressiva symtom samt skuld- och skamkänslor.

Stigmatiseringen gäller både barn och vuxna. Elever med övervikt eller obesitas har till exempel ökad risk att utsättas för trakasserier och social isolering, vilket kan leda till ökad skolfrånvaro [18, 20]. Elever med obesitas slutför också grundskolan och gymnasiet i lägre utsträckning än jämnåriga [21, 22]. Vuxna med obesitas kan diskrimineras både vid rekrytering till arbete och som anställda [18, 20].

Stigmatiseringen av personer med obesitas kan försämra livskvaliteten och leda till ytterligare viktuppgång. Sjukdomen kan till exempel förvärras av att personerna undviker att besöka hälso- och sjukvården eller får sämre

[1] Världshälsoorganisationen (WHO) ger följande definition av övervikt och obesitas: ”onormal eller överdriven ansamling av fettväv som utgör en risk för hälsan” [4]. Personer med BMI över 25 har övervikt och personer med BMI över 30 har obesitas, enligt WHO.

[2] Levnadsvanor kan också påverka munhälsan, och till exempel karies kan vara vanligare hos barn med obesitas [9, 10].

vård [8]. Personer som upplevt diskriminering i hälso- och sjukvården kan undvika att söka vård även för andra symtom och sjukdomar [23]. Dessutom nekas en del personer med obesitas vård på grund av sin vikt. Det gäller till exempel personer som vill få tillgång till IVF-behandling, transplantation och olika ortopediska ingrepp.

Flera grupper har ökad risk för obesitas

Obesitas är vanligt hos både kvinnor och män i Sverige, men vanligare hos män och även vanligare hos äldre vuxna än hos yngre. Vidare finns flera stora grupper i samhället som har en ökad risk för obesitas. Det gäller till exempel personer med intellektuella funktionsnedsättningar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (såsom adhd och autism), fysiska funktionsnedsättningar och svåra psykiska sjukdomar.

I både Sverige och övriga Europa är obesitas också kraftigt överrepresenterat i socioekonomiskt utsatta grupper, och det är främst i dessa grupper som obesitas har blivit vanligare. Det finns många möjliga orsaker till överrepresentationen. Sådant som ekonomiska svårigheter och en stressande livssituation kan till exempel göra det svårare att tillämpa hälsosamma levnadsvanor. Barn är särskilt utsatta, eftersom de styr mindre över matvanor och fritidsaktiviteter än vuxna [24].

Vården vid obesitas – status och utveckling

Hälso- och sjukvården behöver anpassas till personer med obesitas

Det är viktigt att personer med obesitas får en tidig diagnos, tidiga insatser och noggrann uppföljning. Det kan förbättra både den fysiska och psykiska hälsan, och minska risken för fler sjukdomar och för tidig död [11]. Obesitas är dock underdiagnostiserat och underbehandlat i dag, hos både barn och vuxna. En hörnsten för en välfungerande obesitasvård är också att hälso- och sjukvården är fri från stigmatisering, på både organisationsnivå och individnivå [19]. I praktiken innebär det bland annat att

- mottagningar har lämplig utrustning, till exempel rätt typ av vågar, stolar och britsar
- hälso- och sjukvårdspersonal har god kunskap om obesitas, om sjukdomens orsaker och om behandling
- hälso- och sjukvårdspersonal kan samtala med vuxna, barn och vårdnadshavare om vikt och obesitas på ett tryggt och respektfullt sätt.

Diagnos utifrån patientens vikt är vanligast – men alltmer fokus på hälsorisker

Det är vanligast att ställa diagnosen obesitas med enbart ett viktbaserat mått: body mass index (BMI, kroppsmasseindex), i både Sverige och övriga världen. BMI är utgångspunkten för diagnostik även i dessa nationella riktlinjer.

BMI baseras på förhållandet mellan längd och vikt: Kroppsvikten delas med kroppslängden i kvadrat (kg/m^2) [4]. För barn över två år beräknas ett så kallat iso-BMI som även tar hänsyn till ålder och kön [12].

En brist med BMI är att måttet inte tar hänsyn till kroppssammansättning: andelen muskler, skelett, vatten och fett i kroppen. Det visar inte heller hur övervikten är fördelad. En person med högt BMI har inte nödvändigtvis en ansamling av fettväv som innebär en risk för hälsan.[3] Ibland mäter man därför även patientens midjeomfång, som framför allt påverkas av mängden fettväv i buken [7].

Med midjemåttet saknas dock fortfarande ett fokus på hur patientens hälsa påverkas och på risken för framtida ohälsa – ett perspektiv som blir allt viktigare i hälso- och sjukvården. *Edmonton obesity staging system* (EOSS) är ett exempel på klassificering av obesitas hos vuxna med fokus på just de hälsomässiga aspekterna [26]. Denna klassificering är dock inte implementerad i Sverige.

Vården är ojämnt fördelad

Kunskapen om obesitas utvecklas snabbt, men vården behöver förbättras och bli mer jämlik. I dag finns regionala skillnader i utredning, diagnostik, behandling och uppföljning, för både barn och vuxna [27]. Några exempel:

- Insatserna från **elevhälsan** skiljer sig. En statlig utredning har bland annat uppmärksammat brister i det förebyggande, hälsofrämjande arbetet och brister i samverkan med andra aktörer [28].
- Många kommuner saknar ett systematiskt arbete för att identifiera och behandla obesitas hos barn som är placerade i **hem för vård eller boende**, och hos vuxna som får boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Tillgången till **specialiserad vård** skiljer sig. Vissa regioner har till exempel begränsad tillgång till specialiserad vård för barn med obesitas [29].
- **Levnadsvanebehandlingen** skiljer sig mellan olika regioners primärvård, både i utbud och kvalitet [30].
- Förskrivningen av **läkemedel** mot obesitas skiljer sig, och enbart runt 1 procent av patienterna får läkemedelsbehandling [31].
- Det finns stora variationer i andelen patienter som erbjuds **obesitaskirurgi** i regionernas offentligt finansierade hälso- och sjukvård. Samtidigt har andelen patienter som bekostar en operation privat ökat under flera år, med en fördubbling mellan 2014 och 2019 [32].

[3] Riskerna för ohälsa vid högt BMI skiljer sig mellan olika etniska grupper. Personer med ursprung i olika länder i Asien har till exempel högre risk att bli sjuka av mindre övervikt. Det finns publicerade BMI-gränser för vad som klassificeras som obesitas i olika befolkningsgrupper. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver vara medvetna om detta [25].

Stort behov av uppföljning med kvalitetsregister

I dag saknas en systematisk uppföljning av kvaliteten i delar av obesitasvården. Det finns två kvalitetsregister för obesitasbehandlingen i Sverige: Barnobesitasregister i Sverige (BORIS) och Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg). Därmed saknas kvalitetsregister för till exempel vuxna med obesitas som får annan behandling än kirurgi.

Rekommendationer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer för barn och vuxna med obesitas (även kallat fetma). Rekommendationerna är uppdelade i följande områden:

- strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning
- kompetensutveckling
- kombinerad levnadsvanebehandling
- läkemedelsbehandling[4]
- kirurgi.

Vi beskriver också hur rekommendationerna väntas påverka hälso- och sjukvården ekonomiskt och organisatoriskt, och hur vi utvärderar vården med hjälp av indikatorer.

Läshjälp: Varje rekommendationsområde består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer till hälso- och sjukvården	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
Så utvärderar vi vården	Beskrivning av de indikatorer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns en översikt av alla rekommendationer.
- I bilaga 2 finns en översikt av alla indikatorer.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), kunskapsunderlaget för samtliga 19 rekommendationer och för läkemedel utanför den statliga läkemedelsförmånen, ett hälsoekonomiskt underlag, en fördjupad konsekvensanalys och

[4] Inget av de aptitreglerande läkemedel som är godkända för obesitasbehandling ingår för närvarande i den statliga läkemedelsförmånen. Eftersom riktlinjerna i första hand ska vara ett stöd för resursfördelning ger vi därför inga rekommendationer om dessa läkemedel, men vi beskriver dem eftersom kunskapen behöver öka.

rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Huvudbudskap: Utbilda personal och erbjud mer kunskapsbaserad vård

Obesitas är både underdiagnostiserat och underbehandlat i dag. Många regioner saknar en tydlig struktur för att identifiera, behandla och följa upp barn och vuxna med obesitas, i både primärvården och den specialiserade vården. Regionerna behöver säkerställa en sammanhållen vårdkedja för detta.

Lika viktigt är att utbilda personal, så att alla yrkesverksamma i hälso- och sjukvården får grundläggande kunskap om obesitas. Personalen behöver veta att obesitas är en komplex sjukdom och bemöta patienterna på ett icke-stigmatiserande sätt.

Hälso- och sjukvården behöver satsa mer resurser på kunskapsbaserade behandlingar mot obesitas: stöd för att ändra och behålla nya beteenden (*kombinerad levnadsvanebehandling*), läkemedelsbehandling och kirurgi. Endast runt 1 procent av patienterna behandlas till exempel med läkemedel i dag, och mångdubbelt fler behöver få tillgång till kirurgi. Om mer resurser går till god och kunskapsbaserad vård för personer med obesitas, kan antalet följdsjukdomar och därmed kostnader på lång sikt minska. En jämlik vård försvåras dock bland annat av att alla aptitreglerande obesitasläkemedel bekostas av patienterna själva.

Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning

Barn och vuxna med obesitas behöver tas om hand på ett strukturerat sätt genom hela vårdkedjan, från diagnostik och utredning till behandling och uppföljning. Tidig utredning och behandling är viktigt för att minska risken för ohälsa, inte minst för barn. Behandlingen blir ofta framgångsrikare i lägre åldrar och vid mindre svår sjukdom.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör till exempel erbjuda vägning och mätning till personer som söker vård, för att identifiera patienter med obesitas. Det är dock viktigt att adressera viktfrågan på ett respektfullt och icke-stigmatiserande sätt, och att vara medveten om när patienten vägdes och mättes senast.

Patienter med misstänkt obesitas bör sedan få utredning och diagnostik av hälso- och sjukvårdspersonal med god kunskap om obesitas. I utredningen bör personalen kartlägga sjukdomen och eventuella orsaker, och sedan informera patienten om de behandlingar som finns (såsom kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling och kirurgi).

Patienterna behöver också följas upp strukturerat, regelbundet och långsiktigt – vissa behöver livslång uppföljning. En del kan följas upp i primärvården medan andra behöver uppföljning i den specialiserade vården. Det är viktigt att individanpassa uppföljningen, bland annat till den behandling som patienten fått. Patienter som gått igenom obesitaskirurgi

behöver till exempel ta vitamin- och kosttillskott livet ut. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör också bedöma om patienterna behöver ytterligare behandling, såsom en ny behandlingsomgång med läkemedel eller en ny behandlingsinsats om de har börjat öka i vikt efter kirurgi.

För ett strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan krävs samverkan, både mellan och inom vårdnivåer. Exempelvis behövs en tydlig ansvarsfördelning, rutiner för kontaktvägar och informationsöverföring mellan olika vårdgivare, även till tandvården.[5] Ibland behöver personal i primärvården stöd och handledning från kollegor i den specialiserade vården. Vidare behöver den regionala hälso- och sjukvården samverka med den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring patienter som behöver särskilt stöd, till exempel patienter som har boendestödjare eller någon form av särskilt boende (gäller även placerade barn).

Rekommendationer till hälso- och sjukvården:
Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning

Id	Rekommendation	Prioritet
1	Erbjud vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården, för att kunna identifiera personer med obesitas och erbjuda utredning och bedömning.	2
2	Erbjud utredning och bedömning till barn och vuxna med obesitas, för att kunna erbjuda rätt behandling.	2
3	Följ upp behandlingen för barn och vuxna som fått aktiv behandling för obesitas, strukturerat, regelbundet och långsiktigt.	2
4	Erbjud barn och vuxna med obesitas ett strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan.	2

Så har vi prioriterat

Obesitas är en kronisk sjukdom med en stor svårighetsgrad som ofta går i skov, och ett strukturerat omhändertagande är en förutsättning för att patienterna ska få rätt vård i rätt tid. Detta kan ge stora hälsovinster. Därför har åtgärderna för ett strukturerat omhändertagande hög prioritet.

Med hjälp av vägning och mätning kan hälso- och sjukvårdspersonal identifiera personer med obesitas tidigare än annars, och fler patienter får utredning och bedömning. Utredningarna och bedömningarna är grundläggande för att patienterna ska få rätt behandling. Dessutom kan patientnöjdheten öka av tidig identifiering, förutsatt att sjukdomen identifieras på ett respektfullt sätt.

Efter en behandlingsinsats behövs en strukturerad uppföljning för att patienterna ska kunna behålla en god hälsa, och få en ny bedömning och behandlingsinsats vid behov. Uppföljningen hjälper patienten att fortsätta gå ner i vikt eller behålla sin nya vikt. Livskvaliteten kan också bli bättre än om behandlingen inte följs upp.

[5] Munhälsan är en viktig del av den allmänna hälsan, och flera riskfaktorer är gemensamma för obesitas och olika munsjukdomar. Tandvården kan därför vara en bidragande aktör i ett hälsofrämjande arbete för personer med obesitas.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Rekommendationerna om ett strukturerat omhändertagande väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader under kommande år. Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna (elevhälsan) behöver avsätta mer resurser för att identifiera, utreda och följa upp barn och vuxna med obesitas. Detta eftersom rekommendationerna berör en stor andel av befolkningen, även om det saknas tillförlitlig statistik för i vilken utsträckning insatserna erbjuds i dag. På lång sikt kan satsningarna dock minska antalet följdsjukdomar så att kostnaderna minskar.

Primärvården (exempelvis vårdcentraler och barnhälsovården) samt elevhälsan behöver säkerställa att det finns tid och personal med obesitaskompetens för att uppmärksamma obesitas på ett icke-stigmatiserande sätt, börja utreda och vid behov remittera till den specialiserade vården samt följa upp patienterna. Rätt utrustning behövs också: Exempelvis behöver mottagningar som behandlar vuxna ha stolar, britsar och vågar som är anpassade till personer med en vikt på upp till 300 kg.

Vidare behöver regioner och kommuner etablera tydliga roller och ansvar där det saknas, och förstärka de vårdkedjor som redan finns. Detta eftersom fler med obesitas än i dag kommer att behöva erbjudas vård, och alla som får vård bör följas upp strukturerat under lång tid. Vuxna som har gått igenom obesitaskirurgi utan komplikationer bör till exempel få långtidsuppföljning i primärvården när uppföljningen i den specialiserade vården är avslutad. Barn och unga vuxna behöver däremot följas upp i den specialiserade vården en längre tid. Många barn med obesitas tycks dock inte erbjudas någon regelbunden uppföljning i den specialiserade vården i dag, enligt kvalitetsregistret BORIS [29]. Däremot har många mottagningar för barn redan goda rutiner för att väga och mäta sina patienter.

Regionerna och kommunerna behöver kartlägga vad som redan görs i dag, och analysera hur insatserna behöver ändras eller utökas. Här ingår att säkerställa att patienter inte blir utan uppföljning för att de flyttar mellan regioner.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram fem indikatorer för att följa upp strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning – vid obesitas. Med dem mäter vi

- om regioner erbjuder barn och vuxna vägning och mätning i primärvården (till exempel barnhälsovården och mödrahälsovården), den specialiserade vården och elevhälsan (indikator 1.2)
- antal barn i åldern 2–17 år per 100 000 i befolkningen som nydiagnostiserats med obesitas (indikator 2.1)
- andelen barn i åldern 2–17 år med obesitas som får uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år (indikator 2.9)
- antal vuxna per 100 000 i befolkningen som nydiagnostiserats med obesitas (indikator 3.1)

- andelen vuxna med obesitas som får uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år (indikator 3.13).

Fler relevanta indikatorer:

- överdödlighet bland personer med obesitas (indikator 1.1)
- rapportering i Barnobesitasregister i Sverige (BORIS) (indikator 1.3)
- rapportering i Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg) (indikator 1.4).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*.

Kompetensutveckling

Personal i hälso- och sjukvården behöver kompetensutveckling för att bemöta barn och vuxna med obesitas på ett sätt som inte är stigmatiserande, och för att kunna erbjuda kunskapsbaserade behandlingar. Kompetensutvecklingen kan se olika ut beroende på personalens behov. Vårdgivare kan till exempel genomföra utbildningar, föreläsningar eller workshoppar (även digitalt), eller ta fram skriftligt utbildningsmaterial.

En utbildning kan till exempel bestå av

- information om obesitas (orsak och sjukdomsutveckling, följdsjukdomar samt behandlingsalternativ som kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedel och kirurgi)
- färdighetsträning i bemötande för att inte stigmatisera patienter
- färdighetsträning i samtalsmetodik (exempelvis personcentrerad samtalsmetodik eller motiverande samtal, MI)
- färdighetsträning i att handleda patienter, individuellt eller i grupp, i att förändra levnadsvanor.

Rekommendation till hälso- och sjukvården: Kompetensutveckling

Id	Rekommendation	Prioritet
5	Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal.	2

Så har vi prioriterat



Obesitas är en sjukdom med en stor svårighetsgrad, och patienterna kan uppleva ett bättre bemötande när hälso- och sjukvårdspersonalen fått kompetensutveckling. Det är en hörnsten i en välfungerande vård för personer med obesitas att personalen har god kunskap om sjukdomen och inte stigmatiserar patienterna. Kunskapen är också en förutsättning för att patienterna ska kunna få bästa möjliga omhändertagande. Kompetensutveckling om obesitas har därför hög prioritet.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Rekommendationen om kompetensutveckling väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader under kommande år, och även påverka organisationen. Regionerna behöver tillsammans med kommunerna skyndsamt utbilda

personal i elevhälsan, primärvården och de delar av den specialiserade vården som ofta möter personer med obesitas.

I primärvården och elevhälsan handlar det om att utbilda stora personalgrupper av läkare, sjuksköterskor och dietister. I den specialiserade vården kan enheter som arbetar aktivt med obesitas behöva avsätta resurser för att kompetensutveckla vårdkedjans övriga delar. Det gäller till exempel barnkliniker som ger obesitasbehandling och överviktsenheter för vuxna. Samtidigt behöver regionerna och kommunerna arbeta för att ge alla yrkesverksamma i hälso- och sjukvården grundläggande kunskap om obesitas.

Regioner och kommuner kan lämpligen ta fram utbildningsprogram för de aktuella personalgrupperna tillsammans, eftersom det är så stora grupper som ska utbildas. De kan också använda existerande regionala fortbildningsprogram som startpunkt, och efterfråga erfarenheter från patienter. De kan med fördel samordna kompetensutvecklingen med implementeringen av Socialstyrelsens rekommendationer om ett strukturerat omhändertagande och olika behandlingar för obesitas.

Kompetensutvecklingens format påverkar kostnaderna. En fysisk kurs i en specifik metod kräver till exempel mer resurser än webbaserade utbildningar, som kan nå fler medarbetare på kort tid.

Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för att följa upp kompetensutveckling om obesitas. Med dem mäter vi

- andelen hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med obesitas som genomgått kompetenshöjande utbildning (barn: indikator 2.10, vuxna: indikator 3.14).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*.

Kombinerad levnadsvanebehandling

Personer med obesitas behöver erbjudas behandling för att upprätthålla beteenden som främjar god hälsa, eftersom sjukdomen är komplex. Hälso- och sjukvården bör erbjuda *kombinerad levnadsvanebehandling*, som anpassas till patientens behov. I behandlingen ingår individuell anpassning av kost och matvanor, råd om fysisk aktivitet och stillasittande samt stöd för att genomföra och upprätthålla de beteendeförändringar som behövs.[6]

Den kombinerade levnadsvanebehandlingen bör följa en strukturerad och evidensbaserad metod, till exempel kognitiv beteendeterapi eller ett föräldrastödsprogram riktat mot obesitasbehandling. Stödet för beteendeförändringar kan till exempel inkludera strategier för problemlösning.

Både barn och vuxna med obesitas bör erbjudas kombinerad levnadsvanebehandling, inklusive gravida. Ju yngre ett barn är, desto mer av behandlingen riktas vanligtvis till vårdnadshavarna.

[6] Beteendeförändringar behöver inte alltid gälla både kost och fysisk aktivitet, och de kan även gälla andra beteenden, såsom sömn, stress och självreglering.

Personer som behöver särskilt stöd, till exempel på grund av en svår funktionsnedsättning, behöver *särskilt anpassad kombinerad levnadsvane-behandling*. Det kan till exempel gälla personer med obesitas och svåra psykiska sjukdomar, svåra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller intellektuella funktionsnedsättningar. Det kan också gälla personer som får insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller lagen om vård av unga (LVU). Behandlaren kan bland annat anpassa sin kommunikation med hjälp av visuellt stöd eller sociala berättelser. Den regionala hälso- och sjukvården behöver också samverka med den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring behandlingen.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården:
Kombinerad levnadsvanebehandling

Id	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är …	Prioritet
10	barn eller vuxna med behov av särskilt stöd	2
6, 7, 8	barn i åldern 2–17 år	3
9, 11	vuxna, även gravida	4

Så har vi prioriterat

Kombinerad levnadsvanebehandling har högst prioritet för personer med obesitas som behöver särskilt stöd. Det beror på att deras hälsotillstånd har en mycket stor svårighetsgrad – personerna har obesitas samtidigt som de har annan svår funktionsnedsättning eller sjukdom.

Kombinerad levnadsvanebehandling har också hög prioritet för barn från 2 års ålder. Behandlingen har en liten positiv effekt, och i princip inga biverkningar. För yngre barn finns ingen alternativ behandling. För äldre barn kan visserligen läkemedel (från 12 år) eller kirurgi (från 15 år) ge större effekt på vikt och hälsa, men det är bara aktuellt för en mindre grupp, på grund av risken för biverkningar eller komplikationer. Om barn med obesitas inte får någon behandling, finns risk för både stort lidande och höga kostnader för samhället.

För vuxna har levnadsvanebehandlingen något lägre prioritet än för barn. Effekten är likartad, men patienterna kan ha större nytta av till exempel läkemedel eller kirurgi.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om kombinerad levnadsvanebehandling väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader, eftersom obesitas är underbehandlat hos både barn och vuxna i dag. Bara vart femte barn med obesitas får behandling på en barnklinik [29], och mindre än 1 procent av alla vuxna med obesitas besökte den sjukhusbaserade specialiserade vården för obesitas 2019. Det saknas dock uppgifter om hur många vuxna med obesitas som får insatser i primärvården.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram fyra indikatorer för att följa upp kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas. Med dem mäter vi andelen som fått kombinerad levnadsvanebehandling bland

- barn i åldern 2–17 år med obesitas (indikator 2.2)
- barn i åldern 2–17 år med obesitas och behov av särskilt stöd (indikator 2.3)
- vuxna med obesitas (indikator 3.2)
- vuxna med obesitas och behov av särskilt stöd (indikator 3.3).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*.

Läkemedelsbehandling

Läkemedel kan användas för att behandla obesitas, som tillägg till levnadsvanebehandling. Det kan vara aktuellt för personer med följdsjukdomar, andra samtidiga sjukdomar eller ökade hälsorisker av andra skäl där viktnedgång är nödvändig. Det kan också vara aktuellt för personer som inte kan gå igenom obesitaskirurgi eller som ökar i vikt efter kirurgi.

Många behöver behandlas under en längre tid, eller få läkemedel som tillägg till annan obesitasbehandling i återkommande perioder. Patienter kan också behöva läkemedelsbehandling för att behålla en stabil vikt.

Fyra läkemedel är godkända för behandling av obesitas hos vuxna: orlistat och de aptitreglerande läkemedlen liraglutid, naltrexon/bupropion (kombinationstablett) och semaglutid. Liraglutid är även godkänt för barn från 12 år, men bör enbart skrivas ut i den specialiserade vården.

Läkemedlen fungerar på olika sätt. Orlistat verkar i mag–tarmsystemet genom att minska upptaget av fett. Vanliga biverkningar är gasbesvär och oljiga diarréer, men de går att begränsa i viss mån om patienten minskar sitt fettintag från kosten. Övriga läkemedel reglerar i stället känslan av mättnad och hunger. För många patienter är detta centralt för att behandlingen ska ge önskat resultat.

Inget av de aptitreglerande läkemedlen ingår ännu i den statliga läkemedelsförmånen, utan de bekostas fullt ut av patienterna själva. Därför ger Socialstyrelsen här enbart en rekommendation om orlistat, som ingår i förmånen. Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska i första hand hjälpa beslutsfattare att prioritera resurser mellan olika åtgärder (se kapitlet *Om de nationella riktlinjerna*, avsnittet *Fokus på områden med stor förbättringspotential*). 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 något ytterligare läkemedel inkluderas i den statliga läkemedelsförmånen.

Du som behandlar patienter kan redan i dag skriva ut samtliga godkända obesitasläkemedel. Det är alltid den behandlande hälso- och sjukvårdspersonalen som ansvarar för att bedöma den enskilda patientens behov, så att patienten får adekvat behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Rekommendation till hälso- och sjukvården: Läkemedelsbehandling

Id	Rekommendation	Prioritet
13	Erbjud läkemedlet orlistat som tillägg till levnadsvanebehandling, till vuxna med obesitas som är aktuella för läkemedelsbehandling.	**4**

Så har vi prioriterat



Personer med obesitas som är aktuella för läkemedelsbehandling har en sjukdom med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Behandling med orlistat ökar sannolikheten för att patienten har gått ner i vikt efter ett år. Många patienter får dock diarréer och tolererar inte medicinen. För att undvika detta behöver patienten tydlig information om hur orlistat fungerar, och levnadsvanebehandling under hela behandlingsperioden. Eftersom orlistat inte fungerar för alla och effekten är relativt begränsad, har behandlingen inte högsta möjliga prioritet.

Läkemedlen liraglutid och naltrexon/bupropion har inga prioritetssiffror i dessa riktlinjer, men vi beskriver dem här eftersom kunskapen behöver öka.[7] Enbart liraglutid är godkänt för barn, i åldern 12–17 år. För dessa barn ger liraglutid en signifikant större viktminskning efter ett års behandling, jämfört med kontrollgrupper. För vuxna ger liraglutid troligen störst viktminskning av de godkända läkemedlen, följt av naltrexon/bupropion och orlistat, efter ett års behandling. Förutom att påverka vikten minskar liraglutid och naltrexon/bupropion även blodfetterna och förbättrar patientens hälsorelaterade livskvalitet.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag*. Där har vi sammanställt effekterna av de läkemedel som var godkända för obesitasbehandling när kunskapsunderlaget togs fram. Sammanställningen kan till exempel underlätta för dig som ska ta fram vårdprogram eller andra behandlingsrekommendationer som riktar sig till yrkesverksamma.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Rekommendationen om orlistat som tillägg till levnadsvanebehandling förutsätter kunskap hos all behandlande personal om hur läkemedlet fungerar. Vuxna kan få orlistat och även andra godkända obesitasläkemedel utskrivna i primärvården. Det är dock viktigt att säkerställa att patienten får alla insatser som behövs, även när läkemedelsbehandlingen inte sker i den specialiserade vården.

Orlistat är det obesitasläkemedel som hämtas ut oftast av patienter i dag. Mellan 10 000 och 12 000 personer hämtade ut läkemedlet varje halvår från januari 2020 till och med juni 2021 [33], det vill säga mindre än 1 procent av alla vuxna med obesitas. De betalade omkring 200 kronor per person och halvår. Förskrivningen av orlistat väntas öka de kommande åren, till följd av Socialstyrelsens rekommendation. Hälso- och sjukvårdens merkostnad blir

[7] Även kunskapen om semaglutid behöver öka, men läkemedlet var ännu inte godkänt för obesitasbehandling när Socialstyrelsen tog fram kunskapsunderlag och beskrivs därför inte i denna version av riktlinjerna. Semaglutid marknadsförs heller inte ännu i Sverige.

dock marginell, eftersom läkemedlet är billigt och alltid ska förskrivas som tillägg till levnadsvanebehandling – det blir i princip inga extra kostnader för vårdbesök.

Liraglutid och naltrexon/bupropion, som inte ingår i läkemedelsförmånen, hämtas ut i betydligt mindre utsträckning [33]. Cirka 1 800 personer hämtade ut liraglutid under det första halvåret 2021, och cirka 1 400 personer hämtade ut naltrexon/bupropion. Detta var dock en ökning sedan året före, med 65 respektive 25 procent. En möjlig förklaring till ökningen är att väntetiden till kirurgisk obesitasbehandling har ökat under covid-19-pandemin. Socialstyrelsen ser samtidigt en möjlig fortsatt ökad förskrivning, till exempel när kunskapen om läkemedlen ökar.

Patienterna betalade omkring 5 700 kronor per person och halvår för liraglutid och omkring 2 200 kronor för naltrexon/bupropion under mätperioden. Det motsvarar två respektive ett helt högkostnadsskydd. I genomsnitt hämtade patienterna dock ut mindre läkemedel än vad som motsvarar regelbunden behandling med maximal dos under perioden: Liraglutid skulle kosta knappt 15 000 kronor [34], och naltrexon/bupropion knappt 6 500 kronor [35]. Det lägre uttaget kan bero på att läkare ofta rekommenderar patienterna att trappa upp stegvis från den lägsta dosen, tills de når den önskade effekten (att känna mättnad). Dessutom inkluderar statistiken även patienter som påbörjar och avslutar behandling under perioden. Läkemedlen förskrivs vanligen först i tre månader, och sedan får enbart de patienter som fått tillräcklig effekt ett förnyat recept.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram fyra indikatorer för att följa upp läkemedelsbehandling som tillägg till levnadsvanebehandling vid obesitas.[8] Med dem mäter vi

- antal barn i åldern 12–17 år per 100 000 i befolkningen som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår (indikator 2.4)
- andelen barn i åldern 12–17 år som fått ett läkemedel för obesitas förskrivet på recept i den specialiserade vården vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår (indikator 2.5)
- antal vuxna per 100 000 i befolkningen som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår (indikator 3.4).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*.

[8] Alla nu godkända obesitasläkemedel ingår i indikatorerna, även de som inte ingår i läkemedelsförmånen. Detta för att vi ska få en helhetsbild av förskrivningen i vår utvärdering.

Kirurgi

Obesitaskirurgi[9] erbjuds vanligtvis vuxna mellan 18 och 60 år med

- BMI över 40
- BMI över 35 och diabetes typ 2, högt blodtryck eller sömnapné (andningsstopp i sömnen).

Obesitaskirurgi kan också vara aktuellt för andra patientgrupper, såsom barn i tonåren som inte får tillräcklig effekt av annan behandling och äldre personer inför knä- eller höftproteskirurgi.

I Sverige används framför allt två operationsmetoder:

- **gastric bypass** (vanligast), då en stor del av magsäcken och en del av tunntarmen kopplas bort
- **sleeve-gastrektomi**, då en stor del av magsäcken opereras bort.

Ett fåtal regioner erbjuder vidare enstaka patienter med BMI över 50 en så kallad BPD/DS-operation (biliopankreatisk diversion med duodenal switch). Då opereras en stor del av magsäcken bort, och en stor del av tunntarmen kopplas ur.

De olika obesitasoperationerna är omfattande och kräver noggranna förberedelser, samt noggrann uppföljning under lång tid. Patienterna behöver anpassa sina levnadsvanor och ta vitamin- och kosttillskott resten av livet. Dessutom behöver en stor del operera bort överskottshud som uppstår på grund av den stora viktnedgången.

Personer mellan 15 och 25 år som går igenom obesitaskirurgi kan behöva ett särskilt omhändertagande i den specialiserade vården en längre tid. Därefter kan de tas om hand i primärvården, om det finns tillgång till ett specialiserat team vid behov.

De som gått igenom en BPD/DS-operation behöver däremot oftast livslång uppföljning av ett specialiserat team. Detta eftersom operationen kan ge allvarligare biverkningar på sikt, om patienterna inte följer rekommendationerna om vitamin- och kosttillskott.

[9] Kallas även bariatrisk kirurgi eller metabol kirurgi.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården:
Kirurgi

Id	Erbjud operationen …	till personer med obesitas som är aktuella för operationen och …	Prioritet
18	gastric bypass	• är vuxna • har BMI ≥ 35	**2**
14		• är barn i åldern 15–17 år • har BMI ≥ 35	**3**
16		• är vuxna • har BMI 30–35	**3**
19	sleeve-gastrektomi	• är vuxna • har BMI ≥ 35	**3**
20	BPD/DS (biliopankreatisk diversion med duodenal switch)	• är vuxna • har BMI ≥ 50	**5**
Id	**Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud operationen …**	**till personer med obesitas som …**	**Prioritet**
15	sleeve-gastrektomi	• är barn i åldern 15–17 år • har BMI ≥ 35	**FoU**
17		• är vuxna • har BMI 30–35	**FoU**

Så har vi prioriterat

De rekommenderade operationerna är aktuella för personer med en sjukdom som har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och de ger stor viktminskning under lång tid. De minskar också risken för diabetes typ 2, högt blodtryck och höga blodfetter på lång sikt. Dessutom kan patienter som redan har dessa hälsotillstånd tillfriskna efter en operation.

Gastric bypass är den högst prioriterade operationen, för både vuxna och barn i åldern 15–17 år. Allra högst prioritet har gastric bypass för vuxna med BMI över 35, ett sjukdomstillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Operationen har en mycket större effekt på viktnedgång än levnadsvanebehandling (med eller utan tillägg av läkemedel).

Gastric bypass-operationer medför en liten risk för komplikationer i samband med operationen. Det finns också en risk för biverkningar på längre sikt, såsom olika bristtillstånd. Risken för bristtillstånd motverkas av en strukturerad uppföljning som säkerställer att patienterna fortsätter ta vitamin- och kosttillskott.

För vuxna med BMI över 35 kan även operationen sleeve-gastrektomi vara aktuell, men den har lite lägre prioritet än gastric bypass för patientgruppen. Sleeve-gastrektomi har något mindre effekt på viktnedgång, och de långsiktiga effekterna är osäkrare. Det finns också kända biverkningar, såsom refluxsjukdom (sura uppstötningar).

För två grupper rekommenderar vi sleeve-gastrektomi endast inom ramen för forskning och utveckling: barn i åldern 15–17 år med BMI över 35 och vuxna med BMI 30–35. För dessa grupper är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma operationens effekt, men det pågår studier som väntas bidra till en säkrare bedömning i framtiden.

För vuxna med BMI över 50 har operationen BPD/DS större effekt på vikten än gastric bypass. Operationen ger dock även större risk för allvarliga komplikationer och biverkningar på sikt, och är därför framför allt aktuell när alternativa behandlingar har övervägts (till exempel gastric bypass). BPD/DS har därför lägre prioritet än övriga operationer för personer med BMI över 50.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Fler personer med obesitas bör erbjudas kirurgi eftersom den behandlingen ger störst hälsovinster för många, även på längre sikt. Detta kommer att öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Socialstyrelsen bedömer att ungefär 220 000 personer kan behöva utredas för eventuell obesitaskirurgi (se webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys*). År 2019 utfördes dock endast cirka 5 000 obesitasoperationer, och 2020 sjönk dessutom antalet offentligt finansierade operationer markant på grund av covid-19-pandemin.

Vidare betalade ungefär var femte patient själv för obesitaskirurgi 2019, enligt kvalitetsregistret SOReg. Regionerna betalade då drygt 400 miljoner kronor för kirurgin, medan de som själva finansierade sin operation stod för knappt 90 miljoner kronor. Detta utifrån en uppskattad genomsnittskostnad på 90 000 kronor per operation med uppföljning.

Regionernas totala kostnad skulle till exempel öka till 600 miljoner kronor per år om 15 procent av alla med BMI över 35 (cirka 33 600 personer) genomgick obesitaskirurgi under en 5-årsperiod, och regionerna tog över de kostnader som betalas av patienter i dag.

Kostnadsökningarna kommer dock att skilja sig mellan regionerna, eftersom det finns stora skillnader i hur många operationer som görs i dag, hur stor del av befolkningen som har obesitas och hur stor del av operationerna som finansieras av patienterna själva [32].

Hälsovinster efter obesitaskirurgi kan samtidigt minska andra vård-kostnader något på lång sikt, men Socialstyrelsen bedömer att besparingarna kan vara mindre än vad tidiga studier visat (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

En ökning av antalet obesitasoperationer förutsätter även andra insatser från hälso- och sjukvården. Till exempel väntas kostnaderna öka för uppföljning, för komplikationer efter operationer och för plastikkirurgi (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

➔ **Läs mer:** I webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* finns mer information om bland annat regionala skillnader.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram åtta indikatorer för att följa upp kirurgi vid obesitas. Med dem mäter vi

- antal barn i åldern 15–17 år med BMI ≥ 35 per 100 000 i befolkningen som genomgått gastric bypass-operation (indikator 2.6)
- andelen barn i åldern 15–17 år med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 2.7)

- antal vuxna per 100 000 i befolkningen som genomgått gastric bypass-operation eller sleeve-gastrektomi (indikator 3.5)
- andelen vuxna med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation eller sleeve-gastrektomi i förhållande till samtliga obesitasoperationer (indikator 3.6)
- andelen vuxna med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 3.7)
- andelen vuxna med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 3.8)
- andelen vuxna med BMI 30–35 som genomgått gastric bypass-operation i förhållande till samtliga obesitasoperationer (indikator 3.9)
- andelen vuxna med BMI 30–35 som genomgått gastric bypass-operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 3.10).

Fler relevanta indikatorer:

- livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas (barn: indikator 2.8, vuxna: indikator 3.12)
- samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas (indikator 3.11).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*.

Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller verksamhetschef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet eller region. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika åtgärder och patientgrupper.

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [36], som detta kapitel bygger på.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan ske planerat och framgångsrikt, även om det kan uppfattas som svårt att få personal att arbeta på nya sätt [36]. Här följer några viktiga steg i processen.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi i dag? Vilka åtgärder erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de åtgärder vi erbjuder i dag? Finns det åtgärder som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka åtgärder är viktigast att införa eller utmönstra snabbt?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Att patienter har obesitas länge utan att få behandling.
- Hur kan vi samverka med andra vårdområden och verksamheter kring patienter med flera sjukdomar och funktionsnedsättningar, till exempel med diabetesvården, psykiatrin eller tandvården?
- Om du har ett övergripande regionalt ansvar:
  - Har vi mottagningar som erbjuder specialiserad vård till både barn och vuxna med obesitas?
  - Hur kan primärvården anpassas för att bäst identifiera, utreda, behandla och följa upp personer med obesitas?
  - Hur organiserar vi bäst kompetensutveckling i regionen?

Sätt mål

Sätt upp tydliga och mätbara mål för implementeringen av riktlinjerna. Arbetet mot målen kan till exempel leda till att ni i verksamheten

- tar fram beslutsstöd för hur personalen ska prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i det dagliga vårdarbetet, och vilka patienter som ska remitteras till en annan verksamhet
- börjar samarbeta med till exempel socialtjänsten eller tandvården
- ser över kraven för viss vård, så att de inte diskriminerar personer med obesitas
- inför nya åtgärder och utmönstrar andra
- omfördelar resurser – till exempel så att viss personal får särskilt ansvar för patienter med obesitas.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva

- öka personalens kunskap om obesitas för att motverka fördomar
- diskutera med personalen vilka principer som gäller för prioritering, så att alla utgår från samma grund (se avsnittet *Etiska principer för prioritering*)
- argumentera för vad som är viktigast utifrån de etiska principerna
- förtydliga hur principerna är till hjälp för personalen.

Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda.

Säkra nödvändiga resurser

Kartlägg vilka resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas ny utrustning och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni frigöra resurser genom att fler patienter får den vård de behöver, i rätt tid.

Få de nya arbetssätten att användas

Personal kan känna sig obekväm och osäker på ett nytt arbetssätt, och därför inte arbeta som det är tänkt. För att förebygga detta kan du erbjuda personalen löpande handledning i det nya arbetssättet, inom ramen för den ordinarie verksamheten. Det kan till exempel handla om hur personalen kan prata om vikt och viktrelaterad hälsa med patienter på ett icke-stigmatiserande sätt.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har bland annat hämtat exemplen från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer publiceras vid olika tidpunkter, och kan vara svåra att värdera mot varandra. Det är därför riskabelt att tänka: ”Vi implementerar alla åtgärder med prioritet 1–3 från alla riktlinjer.” I stället behöver du analysera vilka patientgrupper som ligger längst från det önskade läget i din verksamhet, och fördela resurserna utifrån det.

Vissa sjukdomar har lägre status än andra – till exempel obesitas

Som beslutsfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och arbetssätt ska implementeras.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [37, 38]. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och drabbar män eller behandlas av män. Låg status kan försvåra förändringsarbete, och fler insatser kan krävas för att implementera nya arbetssätt framgångsrikt.

Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer behöver tänka på att obesitas är en lågstatussjukdom, som vissa inte ens ser som en sjukdom. Det beror bland annat på fördomar, stigmatisering och diskriminering av personer med obesitas i både hälso- och sjukvården och samhället i övrigt. Stigmatiseringen beror ofta på okunskap, och därför ingår en rekommendation om kompetensutveckling i dessa riktlinjer (se kapitlet *Rekommendationer*, avsnittet *Kompetensutveckling*).

Vissa grupper söker och erbjuds mindre vård

Vissa grupper i samhället söker och erbjuds vård i mindre utsträckning än andra. Hälso- och sjukvården kan till exempel ha svårt att nå minoritetsgrupper med egen kultur och andra språk än svenska [39], och behöva arbeta kompenserande med det. Det kan gälla både ursprungsbefolkningar och olika grupper av invandrare. Låg inkomst, arbetslöshet och andra ekonomiska faktorer påverkar också.

Vid obesitas kan privatekonomin påverka valet av behandling i stor utsträckning. Flera läkemedel bekostas till exempel av patienterna själva, eftersom de inte ingår i den statliga läkemedelsförmånen. Många patienter betalar också själva för kirurgiska ingrepp, på grund av långa väntetider till operationer i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården [32]. Situationen kan förbättras om fler läkemedel inkluderas i läkemedelsförmånen och fler patienter erbjuds kirurgi i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Vidare kan personer med obesitas undvika att söka vård om de tidigare blivit stigmatiserade eller diskriminerade i hälso- och sjukvården. Tillgången till vård försämras dessutom av att vissa vårdinstanser ställer diskriminerande krav på ett högsta tillåtna BMI för olika typer av behandling, trots att det

saknas vetenskaplig grund. Med ökad kunskap om obesitas kan även dessa problem minska.

Teknik implementeras oftare än kompetens

Det finns en tendens att verksamheter implementerar nya metoder som bygger på teknik i högre utsträckning än metoder som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan bättre, icke-tekniska metoder har tillkommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare [37]. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande åtgärder och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt.

Enligt de etiska principerna för prioritering nedan ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än faktisk sjukdom. Åtgärder som riktar sig till risktillstånd har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än åtgärder för att behandla själva sjukdomen. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från en etisk plattform, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [1]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från, när vi ger rekommendationer med olika prioritet – och när vi väljer vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, religion med mera.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde, det vill säga patienterna med de svåraste sjukdomarna och den mest påverkade livskvaliteten.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar har samma effekt så bör man välja den som kostar mindre.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). De ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Hälsan och vården i Sverige är dock ännu inte jämlik [40]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling [41]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

➔ **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Kompletterande kunskapsstöd

Du som planerar och beslutar om vården vid obesitas behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. I det här kapitlet hänvisar vi till sådant material.

Riktlinjer för att förebygga sjukdomar

I dessa riktlinjer ger vi enbart rekommendationer om vård vid obesitas. Det är dock en global angelägenhet att intensifiera det förebyggande arbetet mot både övervikt och obesitas, genom att främja goda vanor kring mat och fysisk aktivitet genom hela livet [42].

Socialstyrelsen ger rekommendationer om metoder för att främja hälsa och förebygga sjukdomar i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. För dig som arbetar med att främja fysisk aktivitet finns också Folkhälsomyndighetens publikation *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande* samt handboken *FYSS*.

➔ **Läs mer:**

- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [43]
- *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande* [44]
- *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)* [45].

Riktlinjer för samtidiga sjukdomar

Personer med obesitas har ofta andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar samtidigt, vilket kan påverka utredningen och behandlingen. Olika vårdområden och verksamheter kan behöva samverka. Socialstyrelsen har nationella riktlinjer för vård vid flera av de sjukdomar och funktionsnedsättningar som är överrepresenterade hos personer med obesitas.

➔ **Läs mer:**

- *Nationella riktlinjer för diabetesvård* [46]
- *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* [47]
- *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos* [48]
- *Nationella riktlinjer för tandvård*[10] [49]
- *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* [50]
- *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [51]
- *Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis* [52]

[10] Flera riskfaktorer är gemensamma för obesitas och olika munsjukdomar som ingår i tandvårdsriktlinjerna.

– *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* [53].

➔ **Kommande publicering:** *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism* publiceras under 2022.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Stöd för personal som möter personer med obesitas

På webbplatsen Kunskapsguiden finns sammanfattande information till dig som möter personer med obesitas i hälso- och sjukvården (även tandvården) eller socialtjänsten. På Kunskapsguiden finns även information till dig som arbetar med vissa utsatta grupper, till exempel barn som vårdas i hem för vård eller boende (HVB). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar för barn och unga som vårdas utanför hemmet specificerar vidare att vårdgivaren ska hämta in uppgifter om barnets levnadsvanor samt göra en bedömning av obesitas [54].

➔ **Läs mer** på
- kunskapsguiden.se/obesitas
- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/placerade-barn-och-unga/hvb. Där länkar vi också till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19) [54] och till rapporten *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov* [55].

Projektorganisation

Här redovisar vi de experter och övriga medarbetare som har deltagit i arbetet med riktlinjerna. Socialstyrelsen ansvarar för arbetet i sin helhet och beslutar om vilka rekommendationer som slutgiltigt ingår.

Projektledning – rekommendationer

Ulrika Jarrolf	projektledare (t.o.m. oktober 2021), Socialstyrelsen
Kajsa Järvholm	faktaansvarig, docent i psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Paulina Nowicka	faktaansvarig, professor i kostvetenskap, Uppsala universitet, docent i pediatrisk vetenskap, leg. dietist och familjeterapeut
Fanny Sellberg	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Lovisa Sjögren	prioriteringsgruppens ordförande, barnläkare, med.dr, vårdenhetsöverläkare på Regionalt obesitascentrum barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Magnus Sundbom	faktaansvarig, professor i kirurgi, Uppsala universitet, överläkare, Verksamhetsområde kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Liv Thalén	projektledare (fr.o.m. november 2021), vetenskaplig projektledare (t.o.m. oktober 2021), Socialstyrelsen
Ylva Trolle Lagerros	faktaansvarig, medicinskt ansvarig överläkare på Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm, specialist i internmedicin, docent i epidemiologi, Karolinska Institutet, Stockholm
Adjungerad	
Ingrid Larsson	näringsfysiolog, docent, Enheten för klinisk nutrition, Göteborgs universitet, Regionalt obesitascentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Niclas Abrahamsson	med.dr, överläkare, sektionschef Endokrinologen, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Gerd Almquist-Tangen	med.dr, hälso- och sjukvårdsstrateg, Barns hälsa, Region Halland
Emelie Andersson	hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Anne Christenson	med.dr, Karolinska Institutet, fysioterapeut, Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm
Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Helena Dreber	med.dr, allmänläkare, Vårdcentralen Hökarängen, Stockholm
Anna Ek	forskare, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik (CLINTEC), Enheten för pediatrik, Karolinska Institutet, Stockholm
Susanne Gustafsson	informationsspecialist, Läkemedelsverket

Lisa Keskitalo	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Anna Laurenius	överdietist, med.dr, Sektionen för gastroenterologi och hepatologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Avdelningen för kirurgi, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet
Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Katarina Steen Carlsson	hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Erik Stenberg	överläkare, docent, Kirurgkliniken, Region Örebro län, Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Prioritering av rekommendationerna

Ellen Andersson	överläkare, Kirurgiska kliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping, med.dr, adjungerad lektor, Linköpings universitet
Monica Andreasson	patientföreträdare, förbundsordförande, Riksförbundet HOBS – hälsa oberoende av storlek
Jovanna Dahlgren	professor, barnläkare, Centrum för pediatrisk tillväxtforskning, Göteborgs universitet, Drottning Silvias barnsjukhus, Göteborg
Anders Forslund	barnläkare, docent, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Anna Gutniak	specialist i allmänmedicin, lärare, Karolinska Institutet, Stockholm
Else Hellebö Johansson	leg. dietist, med.dr, Primärvårdens dietistenhet och FoUU Södra Älvsborg, Regionhälsan, Västra Götalandsregionen
Erica Håkansson	specialistsjuksköterska i barn- och ungdomsmedicin, Barn- och ungdomsmottagningen, Hallands sjukhus, Varberg
Ewa-Marie Johannesson	verksamhetschef, Dietistverksamheten, primärvården, Region Skåne
Maria Klintenberg	leg. sjuksköterska, Obesitasmottagningen, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Maria Lidman	enhetschef, leg. arbetsterapeut, kognitiv beteendeterapeut, Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm
Kristina Martinsson	leg. psykolog, Obesitasmottagningen, Malmö, Endokrinmottagningen, Lund
Jenny Nilsson	verksamhetschef, leg. sjukgymnast, Noltorp vårdcentral, Rehab och UPH – Ungas psykiska hälsa, Alingsås
Ilias Papoulias	överläkare, leg. psykiater, leg. psykoterapeut, medicinskt ledningsansvarig, Ätstörningsvården, Psykiatrin Halland
Maren Schuldt	leg. sjukgymnast, Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm
Anna Segerström	(t.o.m. 2021), leg. sjuksköterska, skolsköterska, Årstaskolan, Uppsala kommun
Charlotte Simmons	leg. sjukgymnast, Närhälsan Sävedalen, Göteborg
Karin Svedjebro	distriktssköterska, specialistsjuksköterska ambulanssjukvård, skolsköterska, Hallsbergs kommun
Linnéa Svedlund	leg. barnmorska, mödrahälsovården, Oskarshamn, Region Kalmar
Cassandra Sääf	patientföreträdare (t.o.m. 2021), suppleant, Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek
Liisa Tolvanen	leg. dietist, kognitiv beteendeterapeut, M.Sc. i folkhälsovetenskap, doktorand, Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm

Erik Uddman	överläkare, fil.dr, Obesitasmottagningen, Skånes universitetssjukhus
Jenny Vinglid	patientföreträdare, generalsekreterarare, Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek
Sandra Weineland	docent, leg. psykolog, specialist i psykoterapi, adjungerad lektor, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, Institutionen för medicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs universitet, forskningsplattforms-ledare psykisk hälsa och ohälsa FoUUi, primär och nära vård, Närhälsan Västra Götalandsregionen
Mikael Wirén	överläkare, docent, Kirurgiska kliniken, Ersta diakoni, Stockholm

Projektledning – indikatorer

Ann-Sofie Bertilsson	projektledare, Socialstyrelsen
Christina Broman	utredare, Socialstyrelsen
Britt Eriksson	utredare, Socialstyrelsen
Gudrun Jonasdottir Bergman	statistiker, Socialstyrelsen
Kajsa Järvholm	docent i psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Ingrid Larsson	näringsfysiolog, docent, Enheten för klinisk nutrition, Göteborgs universitet, Regionalt obesitascentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Lovisa Sjögren	barnläkare, med.dr, vårdenhetsöverläkare på Regionalt obesitascentrum barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Magnus Sundbom	professor i kirurgi, Uppsala universitet, överläkare, Verksamhetsområde kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Anne Tiainen	utredare, Socialstyrelsen
Ylva Trolle Lagerros	medicinskt ansvarig överläkare på Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm, specialist i internmedicin, docent i epidemiologi, Karolinska Institutet, Stockholm

Andra medverkande

Anders Bengtsson	enhetschef, Socialstyrelsen
Anders Berg	utredare, Socialstyrelsen
Catrine Berglie	utredare, Socialstyrelsen
Ellinor Cronqvist	utredare, Socialstyrelsen
Carl-Erik Flodmark	medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef, Socialstyrelsen
Tiina Laukkanen	produktionsledare, Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	gruppledare, Socialstyrelsen
Lena Martin	utredare, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Sofia Orrskog	utredare, Socialstyrelsen
Rasmus Sjögren	utredare, Socialstyrelsen

Sofie Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen
Filippa Svensson	administratör, Socialstyrelsen
Viktoria Svensson	utredare, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen

Referenser

1. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
2. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
3. Regeringskansliet. FN:s Agenda 2030. Hämtad 2020-03-04 från https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/. Regerinskansliet
4. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases. WHO Global Database on Body Mass. Hämtad 2021-08-12 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
5. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten 2019. Hämtad 2021-10-08 från http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Publikationer/Cancerfondsrapporten. Cancerfonden
6. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. Lancet (London, England). 2016; 387(10026):1377-96.
7. Lagerros Trolle, Y. Fysisk aktivitet vid övervikt och fetma. I: Dohrn I-M, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, red. FYSS 2021: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 4 uppl. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2021.
8. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases, Programme of Nutrition Family and Reproductive Health; 2000.
9. Chen, D, Zhi, Q, Zhou, Y, Tao, Y, Wu, L, Lin, H. Association between Dental Caries and BMI in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. Caries Res. 2018; 52(3):230-45.
10. Hayden, C, Bowler, JO, Chambers, S, Freeman, R, Humphris, G, Richards, D, et al. Obesity and dental caries in children: a systematic review and meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol. 2013; 41(4):289-308.
11. Larqué, E, Labayen, I, Flodmark, CE, Lissau, I, Czernin, S, Moreno, LA, et al. From conception to infancy - early risk factors for childhood obesity. Nature reviews Endocrinology. 2019; 15(8):456-78.
12. Rikshandboken i barnhälsovård. 2019. Hämtad 2021-08-12 från http://www.rikshandboken-bhv.se. Inera AB på uppdrag av Sveriges regioner
13. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma, sammanställning baserad på den nationella folkhälsoenkäten 2020. Hämtad 2021-08-15 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/
14. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma bland skolbarn 11–15 år fortsätter öka. Hämtad 2021-10-08 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-

material/publikationsarkiv/oe/overvikt-och-fetma-bland-skolbarn-1115-ar-fortsatter-oka
15. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma är vanligt och ökar med ålder hos 6–9 åringar. Hämtad 2021-10-08 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/oe/overvikt-och-fetma-ar-vanligt-och-okar-med-alder-hos-6-9-aringar
16. Socialstyrelsen. Risker med övervikt och fetma vid graviditet. Fokus på gravida med ett högt BMI. Hämtad 2021-12-29 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6460.pdf
17. Puhl, R, Suh, Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. Current obesity reports. 2015; 4(2):182-90.
18. Hälsa oberoende av storlek (HOBS). En tillräcklig och jämlik obesitasvård. Hämtad 2021-10-08 från https://www.hobs.se/userfiles/modules/blog/text//Rapport-en-tillracklig-jamlik-obesitasvard.pdf
19. Kirk, SFL, Ramos Salas, X, Alberga, AS, Russell-Mayhew, S. Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy 2020. Hämtad 2021-08-13 från https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/1-Reducing-Weight-Bias-v6-with-links-1-1.pdf
20. Fetma: problem och åtgärder: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002.
21. Hagman, E, Danielsson, P, Brandt, L, Svensson, V, Ekbom, A, Marcus, C. Childhood Obesity, Obesity Treatment Outcome, and Achieved Education: A Prospective Cohort Study. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2017; 61(4):508-13.
22. Lindberg, L, Persson, M, Danielsson, P, Hagman, E, Marcus, C. Obesity in childhood, socioeconomic status, and completion of 12 or more school years: a prospective cohort study. BMJ Open. 2021; 11(3):e040432.
23. Fruh, SM, Nadglowski, J, Hall, HR, Davis, SL, Crook, ED, Zlomke, K. Obesity Stigma and Bias. The journal for nurse practitioners : JNP. 2016; 12(7):425-32.
24. Loring, B, Robertson, A. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity: World health organization regional office for Europe; 2014.
25. Shiwaku, K, Anuurad, E, Enkhmaa, B, Kitajima, K, Yamane, Y. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. WHO Expert Consultation. The Lancet. 2004; 363(9403):157-63.
26. Sharma, AM, Kushner, RF. A proposed clinical staging system for obesity. International journal of obesity (2005). 2009; 33(3):289-95.
27. PM - Behovsanalys av svensk obesitasvård. Svensk förening för obesitasforskning (SFO): Svensk förening för obesitaskirurgi (SFOK); 2019.
28. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven : aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. SOU 2021:11. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.

29. Barnobesitasregister i Sverige (BORIS). Barnobesitasregister i Sverige: Årsrapport 2020. Hämtad 2022-02-21 från http://www.e-boris.se/wp-content/uploads/2021/10/BORIS-%C3%A5rsrapport-2020-.pdf
30. Socialstyrelsen. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Hämtad 2022-02-21 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-12-7722.pdf
31. Läkemedelsstatistik, Läkemedel mot fetma exkl. dietprodukter, Hela riktet, Ålder 20->85, Antal patienter, Antal expedieringar, År 2006-2019. Statistikdatabas för läkemedel: Socialstyrelsen.
32. Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOREG). Årsrapport SOREG 2020. Hämtad 2022-02-21 från https://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-soreg-2020-del-1/viewdocument/1700?Itemid=
33. Läkemedelsregistret. Beräkningar för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för obesitas utifrån Socialstyrelsens läkemedelsregister. Statistikdatabas för läkemedel: Socialstyrelsen; 2021.
34. Liraglutid (Saxenda) vid övervikt/fetma. Janusinfo Region Stockholm; 2018.
35. Naltrexon/bupropion (Mysimba) vid övervikt/fetma. Janusinfo Region Stockholm; 2018.
36. Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
37. Hofmann, B. Biases distorting priority setting. Health Policy. 2020; 124(1):52-60.
38. Norredam, M, Album, D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. Scandinavian Journal of Public Health. 2007; 35(6):655.
39. Huot, S, Ho, H, Ko, A, Lam, S, Tactay, P, MacLachlan, J, et al. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. International journal of circumpolar health. 2019; 78(1):1571385.
40. Öppna jämförelser 2020 -Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.
41. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2019. Socialstyrelsen; 2019.
42. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases; 2022.
43. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
44. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande. Hämtad 22-02-11 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/r/riktlinjer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande
45. Börjesson, M, Dohrn, I-M. FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningens Förlag; 2021.
46. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

47. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
48. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar - Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
49. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
50. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
51. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
52. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
53. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
54. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Report No.: 2002-1054.
55. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov : förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
56. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård vid obesitas innehåller 19 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet *Rekommendationer* ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer. De är uppdelade i följande områden:

- strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning
- kompetensutveckling
- kombinerad levnadsvanebehandling
- läkemedelsbehandling[11]
- kirurgi.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Där finns motiveringar till varje enskild rekommendation.

Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning

Id	Rekommendation	Prioritet
1	Erbjud vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården, för att kunna identifiera personer med obesitas och erbjuda utredning och bedömning.	2
2	Erbjud utredning och bedömning till barn och vuxna med obesitas, för att kunna erbjuda rätt behandling.	2
3	Följ upp behandlingen för barn och vuxna som fått aktiv behandling för obesitas, strukturerat, regelbundet och långsiktigt.	2
4	Erbjud barn och vuxna med obesitas ett strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan.	2

Kompetensutveckling

Id	Rekommendation	Prioritet
5	Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal.	2

[11] Inget av de aptitreglerande läkemedel som är godkända för obesitasbehandling ingår för närvarande i den statliga läkemedelsförmånen. Eftersom riktlinjerna i första hand ska vara ett stöd för resursfördelning ger vi därför inga rekommendationer om dessa läkemedel, men vi beskriver dem eftersom kunskapen behöver öka. Se kapitlet *Rekommendationer*, avsnittet *Läkemedelsbehandling*, och webbilagan *Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag*.

Kombinerad levnadsvanebehandling

Id	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är …	Prioritet
10	barn eller vuxna med behov av särskilt stöd	2
6, 7, 8	barn i åldern 2–17 år	3
9, 11	vuxna, även gravida	4

Läkemedelsbehandling

Id	Rekommendation	Prioritet
13	Erbjud läkemedlet orlistat som tillägg till levnadsvanebehandling, till vuxna med obesitas som är aktuella för läkemedelsbehandling.	4

Kirurgi

Id	Erbjud operationen …	till personer med obesitas som är aktuella för operationen och …	Prioritet
18	gastric bypass	• är vuxna • har BMI ≥ 35	2
14		• är barn i åldern 15–17 år • har BMI ≥ 35	3
16		• är vuxna • har BMI 30–35	3
19	sleeve-gastrektomi	• är vuxna • har BMI ≥ 35	3
20	BPD/DS (biliopankreatisk diversion med duodenal switch)	• är vuxna • har BMI ≥ 50	5
Id	**Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud operationen …**	**till personer med obesitas som …**	**Prioritet**
15	sleeve-gastrektomi	• är barn i åldern 15–17 år • har BMI ≥ 35	FoU
17		• är vuxna • har BMI 30–35	FoU

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas. Dessutom finns andra indikatorer med stor relevans för området. Alla indikatorer listas i tabell 1–3.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

De flesta av indikatorerna kan användas för uppföljningar med hjälp av befintliga datakällor. Andra är så kallade utvecklingsindikatorer, vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att indikatorerna ska kunna användas för uppföljning på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå användas på lokal eller regional nivå.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer för obesitas redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [56]. En indikator för god vård och omsorg ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården och omsorgen.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Indikatorer för vård vid obesitas

Tabell 1. Övergripande indikatorer för vård vid obesitas

Nr	Namn	Rekommendationens id
1.1	Överdödlighet bland vuxna med obesitas	–
1.2*	Regioner som erbjuder vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården	1
1.3	Rapportering i Barnobesitasregister i Sverige (BORIS)	–
1.4	Rapportering i Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg)	–

*Utvecklingsindikator

Tabell 2. Indikatorer för vård vid obesitas, barn

Nr	Namn	Rekommendationens id
2.1	Nydiagnostiserad obesitas	1, 2
2.2*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	2, 6–8
2.3*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd	2, 10
2.4	Läkemedelsbehandling vid obesitas	–
2.5	Läkemedelsbehandling vid obesitas, specialiserad vård	–
2.6	Gastric bypass vid BMI ≥ 35	2, 14
2.7*	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35	3, 14
2.8	Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas	3, 14
2.9*	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	3
2.10*	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal	5

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna

Nr	Namn	Rekommendationens id
3.1	Nydiagnostiserad obesitas	1, 2
3.2*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	2, 9, 11
3.3*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd	2, 10
3.4	Läkemedelsbehandling vid obesitas	2, 13
3.5	Kirurgisk behandling av obesitas i befolkningen	2, 16, 18, 19
3.6	Kirurgisk behandling vid BMI ≥ 35	2, 18, 19
3.7	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35	3, 18
3.8	Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35	3, 19
3.9	Gastric bypass vid BMI 30–35	2, 16
3.10	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI 30–35	3, 16
3.11	Samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas	3, 16, 18, 19
3.12	Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas	3, 16, 18, 19

Nr	Namn	Rekommen-dationens id
3.13*	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	3
3.14*	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal	5

*Utvecklingsindikator

Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal webbilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista
- Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning
- Fördjupad konsekvensanalys.

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- Indikatorer för vård vid obesitas.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Nationella riktlinjer

Indikatorer för vård vid obesitas

2022

Socialstyrelsen

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

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

ISBN 978-91-7555-588-1
Artikelnummer 2022-4-7823
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2022

Förord

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas. Indikatorerna har tagits fram parallellt med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Med hjälp av indikatorerna följer Socialstyrelsen de mest angelägna rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Indikatorerna omfattar även resultat av behandling och utfallsmått som ger en bild av hur det går för gruppen av personer med obesitas och om vården förbättras när riktlinjerna följs.

Socialstyrelsen kommer inom de närmaste åren att utvärdera vården vid obesitas. Förutsättningar för att ta fram nationella målnivåer för ett urval av indikatorerna kommer även att utredas.

Indikatorarbetet är en kontinuerlig process, d.v.s. indikatorerna kan komma att uppdateras i samband med att en utvärdering genomförs eller vid översyn av riktlinjerna, och utifrån aktuellt kunskapsläge eller status av datakällor.

Projektledare för arbetet har varit Ann-Sofie Bertilsson som tillsammans med Christina Broman och Gudrun Jonasdottir Bergman har utgjort projektets arbetsgrupp. Projektets expertgrupp har varit Kajsa Järvholm, Ingrid Larsson, Lovisa Sjögren, Magnus Sundbom och Ylva Trolle Lagerros. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Indikatorer för god vård och omsorg 7
Indikatorer för vård vid obesitas 8
Nationella målnivåer 8
Utvärdering av vården vid obesitas 8
Förteckning över indikatorer 10
Övergripande indikatorer för vård vid obesitas 11
Indikatorer för vård vid obesitas, barn 16
Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna 29
Referenser 51
Projektorganisation 52

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vårdens utveckling av strukturer, processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet och effektivitet.

Utvärdering, uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [1]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg vara baserad på vetenskap, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag för indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, som datajournaler, register och andra datakällor eller samlas in via enkäter.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån region, kön och ålder, men även utifrån socioekonomi exempelvis utbildningsnivå och födelseland om detta är möjligt.

Indikatorer för vård vid obesitas

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas [2]. Obesitas (ofta kallat fetma) är en komplex, kronisk sjukdom som beror på en långvarig obalans i energiintaget i förhållande till energiomsättningen. Sjukdomen ökar risken för till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, depression och flera cancersjukdomar samt förtida död.

Indikatorerna som har tagits fram följer riktlinjernas rekommendationer vad gäller diagnostisering, behandling, strukturerad uppföljning samt kompetensutveckling till hälso- och sjukvårdspersonal. Vi har även tagit fram övergripande indikatorer som visar på överdödlighet samt täckningsgrad i kvalitetsregister [2]. De flesta indikatorer är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor, medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menar vi att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. Vissa utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå. För de indikatorer där det idag 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. Vissa uppgifter kan redan finnas i administrativa system och vara lätta att ta fram.

Indikatorerna avser att följa upp de mest angelägna rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Indikatorerna omfattar även resultat av behandling och utfallsmått för att ge en helhetsbild av hur det går på gruppnivå för personer med obesitas och om hälso- och sjukvården blir bättre när riktlinjerna följs.

Nationella målnivåer

Socialstyrelsen tar också fram nationella målnivåer för ett urval av indikatorerna i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma ifråga för en viss undersökning eller behandling, och de kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförförande ingår [3].

Förutsättningar för att ta fram målnivåer för vård vid obesitas kommer att utredas och om det är aktuellt att fastställa målnivåer kommer dessa att publiceras i en separat rapport. Arbetet kommer att påbörjas i samband med att Socialstyrelsen utvärderar vården vid obesitas.

➔ Läs mer om nationella målnivåer på Socialstyrelsens webbplats.

Utvärdering av vården vid obesitas

En utvärdering av vården vid obesitas kommer att ske inom de närmaste åren efter publicering av riktlinjernas rekommendationer och indikatorer. Detta för att ge vården möjlighet att starta arbetet med att implementera riktlinjer-

nas rekommendationer innan en utvärdering påbörjas. Syftet med utvärderingen är att belysa i vilken mån regionerna arbetar enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Utvärderingen kommer framför allt att utgå från indikatorerna, men även belysa andra aspekter av kvaliteten i vården som kan vara av betydelse för obesitas.

Resultatet av utvärderingen kan ge underlag för förbättringsarbeten i hälso- och sjukvården. Resultatet kan också ge underlag för framtida revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Målet är att kontinuerligt utvärdera vården för obesitas och vid behov följa upp ny vetenskaplig evidens och tillgång till nya datakällor.

➔ Läs mer om nationella utvärderingar på Socialstyrelsens webbplats.

Förteckning över indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid obesitas.

Tabell 1. Övergripande indikatorer för vård vid obesitas

Nummer	Namn	Rekommendation
1.1	Överdödlighet bland vuxna med obesitas	-
1.2*	Regioner som erbjuder vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården	R1
1.3	Rapportering i Barnobesitasregister i Sverige (BORIS)	-
1.4	Rapportering i Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg)	-

*Utvecklingsindikator

Tabell 2. Indikatorer för vård vid obesitas, barn

Nummer	Namn	Rekommendation
2.1	Nydiagnostiserad obesitas	R1, R2
2.2*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	R2, R6-8
2.3*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd	R2, R10
2.4	Läkemedelsbehandling vid obesitas	-
2.5	Läkemedelsbehandling vid obesitas, specialiserad vård	-
2.6	Gastric bypass vid BMI ≥ 35	R2, R14
2.7	Viktnedgång efter gastric bypass BMI ≥ 35	R3, R14
2.8	Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas	R3, R14
2.9*	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	R3
2.10*	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal	R5

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna

Nummer	Namn	Rekommendation
3.1	Nydiagnostiserad obesitas	R1, R2
3.2*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	R2, R9, R11
3.3*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd	R2, R10
3.4	Läkemedelsbehandling vid obesitas	R2, R13
3.5	Kirurgisk behandling av obesitas i befolkningen	R2, R16, R18-19
3.6	Kirurgisk behandling vid BMI ≥ 35	R2, R18-19
3.7	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35	R3, R18
3.8	Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35	R3, R19
3.9	Gastric bypass vid BMI 30-35	R2, R16
3.10	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI 30-35	R3, R16
3.11	Samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas	R3, R16, R18-19
3.12	Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas	R3, R16, R18-19
3.13*	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	R3
3.14*	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal	R5

*Utvecklingsindikator

Övergripande indikatorer för vård vid obesitas

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**1.1 Överdödlighet bland vuxna med obesitas**
Mått	Dödlighet bland personer 18 år och äldre med obesitas jämfört med dödligheten i befolkningen när det gäller total- och specifik dödlighet.
Mätenhet	Kvot av dödligheten bland personer med obesitas och dödligheten i befolkningen.
Syfte	Sjukdomen obesitas bland vuxna är en riskfaktor för flera kroniska sjukdomar och förtida död. Barnobesitas innebär ökad risk för obesitas i vuxen ålder, vanligt är även förtida död, sjukdom i vuxen ålder och samsjuklighet. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Indikatorn avser att mäta dödligheten bland personer med obesitas i jämförelse med dödligheten i befolkningen, dvs. överdödlighet.
Tolkning	Värden över 1 indikerar att dödligheten är högre, värden under 1 indikerar att dödligheten är lägre, bland personer med obesitas, jämfört med populationen.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Referens	Om dödlighet relaterat till obesitas. Petrelli F, et al. Association of Obesity With Survival Outcomes in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. PMCID: PMC8008284. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.3520 Chen C, et al. Weight change across adulthood in relation to all cause and cause specific mortality: prospective cohort study. BMJ. 2019 Oct 16;367:l5584. doi: 10.1136/bmj.l5584. PMID: 31619383 The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual- participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet 2016;388:776–786 Zhou Z, et al. Are people with metabolically healthy obesity really healthy? A prospective cohort study of 381363 UK Biobank participants. Diabetologia 2021;64:1963–1972.
Riktning	Värden så nära 1 som möjligt.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Patientregistret (PAR) och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).
Datakällans status	Datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Överdödligheten utgörs av kvoten mellan dödligheten bland personer med obesitas och dödligheten i befolkningen.
Täljare:	Täljare 1: Personer enligt nämnare1 som avlidit under ett kalenderår i a) alla dödsorsaker, b) obesitasrelaterad cancer, c) hjärtkärlsjukdom, d) andningsorganens sjukdom.

Täljare 2: Personer enligt nämnare 2 som avlidit under året för uppföljning i a) alla dödsorsaker, b) obesitasrelaterad cancer, c) hjärtkärlsjukdom, d) andningsorganens sjukdom.

Nämnare:

Nämnare 1: Personer som fått diagnosen obesitas (huvud- eller bidiagnos), någon gång under en femårsperiod innan året för uppföljning, som är 18 år eller äldre och som lever 31/12 året innan uppföljning.
Nämnare 2: Personer 18 år eller äldre i befolkningen 31 december året innan uppföljning.

Diagnos (huvud- eller bidiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9
Dödsorsaker (underliggande/bidragande)	
Cancer, relaterad till obesitas:	C15, C16, C18–C20, C22.2–C22.4, C22.7, C22.9, C23, C25, C26, C50, C54-C55, C56, C64, C65, C73, C90.0, C90.2
Hjärt- och kärlsjukdom	I00–I99
Andningsorganens sjukdom, inklusive vård för Covid-19	J00–J99, U071–U072

Dödligheten för personer med obesitas utgörs av kvoten mellan täljare1 och nämnare1. Motsvarande för befolkningen är kvoten mellan täljare2 och nämnare2. Överdödlighet är kvoten mellan den åldersstandardiserade dödligheten bland personer med obesitas och den åldersstandardiserade dödligheten i befolkningen.

I nämnare 1 ingår personer som vårdats med diagnosen obesitas, som huvud- eller bidiagnos, i den specialiserade öppenvården eller slutenvården, någon gång under en 5-årsperiod innan uppföljningsårets start.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Kommentar

Notera att åldersstandardisering måste göras av dödligheten i befolkningen och bland personer med obesitas för att vara jämförbar, och detta görs då inte enbart för värden per region utan för alla resultat.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas	
Titel	**1.2 Regioner som erbjuder vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården**
Mått	Regioner som erbjuder barn och vuxna mätning av vikt och längd vid besök inom primärvård (ex. barnhälsovård, mödrahälsovård), specialiserad vård och elevhälsa.
Mätenhet	Procent.
Syfte	En viktig del i vården är att hälso- och sjukvården regelbundet erbjuder vägning och mätning, för att kunna identifiera barn och vuxna med obesitas. För barn innebär åtgärden även att utvecklingen av längd-, vikt- och iso-BMI-kurvor följs upp regelbundet. För vuxna innebär det regelbunden uppföljning av vikt eller BMI. Det ska finnas utrustning som även är anpassad till att mäta vikt upp till 300 kg. Avsikten med indikatorn är att följa upp åtgärden som har potential för tidig identifiering av barn och vuxna med obesitas.
Tolkning	Indikatorn är ett strukturmått som inte anger hur stor andel av barn och vuxna som faktiskt får tillgång till denna åtgärd.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R1 prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Enkäter till regionerna.
Datakällans status	Utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	Indikatorn ger enbart en bild över verksamheter i regionerna som erbjuder vägning och mätning. Denna indikator redovisar inte totalt antal barn och vuxna som erhåller mätning och vägning.
Teknisk beskrivning	Regionerna som erbjuder barn och vuxna mätning av vikt och längd vid besök inom primärvård (ex. barnhälsovård, mödrahälsovård), specialiserad vård och elevhälsa. Enkätfrågorna besvaras av regionerna med fasta svarsalternativ. Beräkning enligt följande: *Täljare:* Antal verksamheter enligt nämnaren som erbjuder mätning av vikt och längd. *Nämnare:* Antal verksamheter inom regionen i specifikt verksamhetsområde.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region och verksamhetsområde.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**1.3 Rapportering i Barnobesitasregister i Sverige (BORIS)**
Mått	Andelen barn 2–17 år med obesitas som finns registrerade i BORIS.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Nationella kvalitetsregister möjliggör uppföljning och jämförelser av vårdens kvalitet och effektivitet. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistret ör dock en förutsättning för att kunna följa upp många av rekommendationerna – både på lokal, regional och nationell nivå.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Barnobesitasregister i Sverige (BORIS) samt Socialstyrelsens patientregister (PAR).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Barn som inte fått behandling av läkare inom den specialiserade öppen- eller slutenvården kommer inte ingå. Barn får vård, men registreras inte i BORIS.
Teknisk beskrivning	Andelen barn 2–17 år med obesitas som finns registrerade i BORIS.
Täljare:	Antal barn 2–17 år med obesitas som registrerats i BORIS under redovisningsåret.
Nämnare:	Antal barn 2–17 år med huvuddiagnos obesitas i patientregistret under redovisningsåret. För den specialiserade öppenvården används besöksdatum och för slutenvården används datumet för utskrivning.
	Diagnos (huvuddiagnos) / **ICD-10-SE**: Obesitas / E66.0 – E66.9
	När täckningsgrad genomförs görs jämförelsen med PAR som bas. Läkarbesök kommer endast jämföras med läkarbesök.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas	
Titel	**1.4 Rapportering i Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg)**
Mått	Andelen personer med uppföljning registrerad i Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg), 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. SOReg har en hög täckningsgrad över opererande enheter som i Sverige utför obesitaskirurgi och rapporterar till SOReg. Registrering av långtidsuppföljning efter kirurgisk behandling är god vid 1–2 år, men sämre vid 5- och 10-års uppföljning. Denna indikator syftar till att belysa andelen personer med långtidsuppföljning vid 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	En hög täckningsgrad av registrering i kvalitetsregistret är en förutsättning för att kunna följa upp många av rekommendationerna både på lokal, regional och nationell nivå. Indikatorn kan relateras till rekommendationen gällande behov av långtidsuppföljning i nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Riktning	Hög nivå eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling sker.
Felkällor och begränsningar	Personer har följts upp i primärvården, men data rapporteras inte in till SOReg.
Teknisk beskrivning	Andelen personer med uppföljning registrerad i SOReg, 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas.
Täljare:	Antal personer, enligt nämnaren, med uppföljning registrerad i SOReg, 5 år efter genomförd kirurgisk behandling.
Nämnare:	Totala antalet personer, som genomgått kirurgisk behandling av obesitas under redovisningsåret. Nämnaren definieras som samtliga personer som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg, exkluderas. Om personen har flera operationer registrerade under uppföljningsåret så väljs det första tillfället. Information om uppföljning hämtas från variabeln besöksdatum vid 5-årsuppföljning.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Indikatorer för vård vid obesitas, barn

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.1 Nydiagnostiserad obesitas**
Mått	Antal per 100 000 i befolkningen, 2–17 år, som nydiagnostiserats med obesitas.
Mätenhet	Antal per 100 000.
Syfte	Att barn med obesitas diagnostiseras av vårdpersonalen är viktigt, för att möjliggöra individanpassad och tidig behandling av sjukdomen. Syftet med indikatorn är att följa upp åtgärden diagnostisering i vården som möjliggör tidig behandling av obesitas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R1 prioritet 2, R2 prioritet 2).
Riktning	Hög andel nydiagnostisering av barn med obesitas eftersträvas, för att möjliggöra tidig behandling.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad- och individanpassad vård.
Datakälla	Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns för specialiserad öppen- och slutenvård. Kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	I Socialstyrelsens patientregister finns enbart registrerat de som fått behandling av läkare i specialiserad sluten- och öppenvård.
Teknisk beskrivning	Antal per 100 000 i befolkningen, 2–17 år, som nydiagnostiserats med obesitas.
Täljare:	Antal barn, 2–17 år som nydiagnostiserats med obesitas under redovisningsåret. Med nydiagnostisering avses att personen inte haft annat vårdtillfälle med obesitas inom 5 år före mättillfället.
Nämnare:	Antal barn i befolkningen 2–17 år (100 000 invånare) 31 december året innan redovisningsåret.

Diagnos (huvud- eller bidiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9

Patientregistret: Täljaren definieras genom att samtliga individer med huvuddiagnosen obesitas i patientregistret, under redovisningsåret selekteras. Det första vårdtillfället under redovisningsåret väljs, och som indexdatum väljs besöksdatum om vårdtillfället var i den specialiserade öppenvården och utskrivningsdatum om vårdtillfället var i den slutna vården. Av dessa barn exkluderas de som fem år (1825 dagar) innan index vårdats i slutenvården eller den öppna specialiserade vården med obesitas som huvud- eller bidiagnos.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.2 Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas**
Mått	Andelen barn 2–17 år med obesitas som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kombinerad levnadsvanebehandling som rekommenderas för barn 2–17 år med obesitas, syftar till en hälsosam viktutveckling. Behandlingen omfattar tre komponenter: individuell anpassning av kost, fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring. Kombinerad levnadsvanebehandling kan genomföras vid fysiska besök eller på distans, individuellt eller i grupp samt ges med olika intensitet. För barn behöver behandlingsinsatserna anpassas efter ålder och mognad. För yngre barn riktar sig behandlingsinsatserna framför allt till barnets vårdnadshavare. Indikatorn avser att spegla andel barn 2–17 år med obesitas som fått åtgärden kombinerad behandling med följande tre komponenter: a) Kost: kan innefatta individuellt anpassade matvanor, energimängd, kostens sammansättning och kostmönster. b) Fysisk aktivitet: kan innebära råd och dialog kring individuellt anpassade aktiviteter och minskat stillasittande. c) Stöd till beteendeförändring via vårdnadshavare, för att stödja förändringar och vidmakthålla nya levnadsvanor.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kombinerad levnadsvanebehandling (R6-8 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Barnobesitasregister i Sverige (BORIS).
Datakällans status	Datakälla BORIS är under utveckling. Utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	Alla barn med obesitas finns inte registrerade i BORIS. Bristfällig registrering kan förekomma.
Teknisk beskrivning	Andelen barn 2–17 år med obesitas som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Täljare:	Antal barn som enligt nämnaren fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Nämnare:	Totalt antal barn 2–17 år med obesitas, registrerade i BORIS.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.3 Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd**
Mått	Andelen barn med obesitas, 2–17 år, med behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Indikatorn avser att mäta andel barn med obesitas, 2–17 år, med behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling. Den omfattar barn med obesitas och neuropsykiatrisk och/eller, intellektuell funktionsnedsättning, eller svår psykisk ohälsa. Innefattar även barn som har insats enligt Lagen om särskilt stöd (LSS) t.ex. särskilt boende eller stödinsatser i hemmet. Här ingår även barn omhändertagna enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Samtliga rekommenderas kombinerad levnadsvanebehandling som är anpassad till barn med behov av särskilt stöd. I den kombinerade levnadsvanebehandlingen kan kost, fysisk aktivitet och psykosocialt stöd ingå. Behandlingen syftar till en hälsosam viktutveckling.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kombinerad levnadsvanebehandling (R10 prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Patientregistret (PAR), Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen. Barnobesitasregister i Sverige (BORIS).
Datakällans status	Datakälla finns till delar av indikatorn se ovan register. Datakälla BORIS är under utveckling. Utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade öppenvården finns i PAR. Uppgifter från primärvården saknas. Bristande registrering av vårdåtgärder.
Teknisk beskrivning	Andelen barn med obesitas, 2–17 år, med behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Täljare:	Antal barn enligt nämnaren som fått kombinerad levnadsvanebehandling registrerad i BORIS.
Nämnare:	Totalt antal barn med obesitas som är i behov av särskilt stöd. Nämnaren definieras genom att kombinera information om barn med obesitas genom BORIS, med information om barn och unga med särskilda behov genom PAR, LSS samt Registret över insatser till barn och unga.

Obesitas i BORIS: Samtliga barn registrerade i BORIS, och som under redovisningsåret är 2–17 år.

Särskilda behov: Samtliga individer från uttaget av obesitas i BORIS med något av följande upp till fem år innan redovisningsåret:

- Insats enligt LSS-registret.
- Insats enligt registret över insatser till barn och unga.
- Någon av diagnoserna listade nedan, enligt patientregistret.

Täljaren består av barn från nämnaren som under uppföljningsåret fått kombinerad levnadsvanebehandling enligt registrering i BORIS.

Diagnos (huvud- eller bidiagnos)	**ICD-10-SE**
Diagnoser som kan betyda behov av särskilt anpassad information	
Medelsvår depressiv episod	F32.1
Svår depressiv episod utan psykotiska symtom	F32.2
Psykisk utvecklingsstörning	F70–79
Störningar i psykisk utveckling, exklusive Specifika störningar av tal- och språkutvecklingen	F81–F89
Hyperaktivitetsstörningar	F90
Beteendestörningar av utagerande slag	F91

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.4 Läkemedelsbehandling vid obesitas**
Mått	Antal per 100 000 i befolkningen, 12–17 år, som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår.
Mätenhet	Antal per 100 000.
Syfte	Behandling med liraglutid som tillägg till levnadsvanebehandling i form av rådgivning kring kost och fysisk aktivitet. Indikatorn avser att mäta läkemedelsbehandling med liraglutid.
Tolkning	Antal per 100 000, 12–17 år i befolkningen som fått förskrivet (uthämtade) liraglutid. Genom att sätta förskrivningen i relation till befolkningen kan samtliga förskrivningar i befolkningen mätas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Läkemedlet liraglutid, som tillägg till levnadsvanebehandling är godkänt för barn från 12 år och kan förskrivas inom ramen för den fria förskrivningsrätten. Läkemedlet är inte rekommenderat i de nationella riktlinjerna eftersom det inte ingår i den statliga läkemedelssubventionen. Indikatorn omfattar godkänt läkemedel för möjlighet att följa upp och utvärdera.
Riktning	Hög andel eftersträvas bland barn med obesitas som är aktuella för läkemedelsbehandling.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Läkemedelsregistret (LMED), Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Den här indikatorn utgår ifrån samtliga förskrivningar av läkemedel för obesitas (uthämtade), och sätter det i relation till befolkningens storlek. På så sätt kan den totala förskrivningen redovisas, men jämförelse med hur många som har obesitas förloras. Tolkningen bör därför göras mot en uppskattad prevalens av obesitas i populationen, som till exempel den Folkhälsomyndigheten gör via Nationell Folkhälsoenkät.
Teknisk beskrivning	Antal per 100 000 i befolkningen, 12–17 år, som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår. Med läkemedel för obesitas avses behandling med liraglutid.
Täljare:	Antal barn enligt nämnaren som hämtat ut minst en förpackning av liraglutid under redovisningsåret.
Nämnare:	Antal barn, 12–17 år i befolkningen (per 100 000 invånare) 31 december året innan redovisningsåret.

Läkemedel	ATC-kod
Liraglutid	A10BJ02

Täljaren definieras genom uttag av ovanstående läkemedel som registrerats under redovisningsåret. Om en person haft ett uttag eller mer under året räknas denna till täljaren.

	Nämnaren beräknas baserat på befolkningsdata i olika grupper. Antalen aggregeras antingen baserat på föraggregerade data (befolkningsstatistik), eller baserat på data i utbildningsregistret. Det senare behövs för att särredovisa i utbildningsgrupper och födelselandsgrupper.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.5 Läkemedelsbehandling vid obesitas, specialiserad vård**
Mått	Andelen barn 12–17 år inom specialiserad vård som fått förskrivet ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Behandling med liraglutid som tillägg till levnadsvanebehandling i form av rådgivning kring kost och fysisk aktivitet. Indikatorn avser att mäta andelen barn 12–17 år inom specialiserad vård som fått läkemedel liraglutid förskrivet.
Tolkning	Andelen barn 12–17 år i specialiserad vård som fått läkemedlet liraglutid förskrivet.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Läkemedlet liraglutid, som tillägg till levnadsvanebehandling är godkänt för barn från 12 år och kan förskrivas inom ramen för den fria förskrivningsrätten. Läkemedlet är inte rekommenderat i de nationella riktlinjerna eftersom det inte ingår i den statliga läkemedelssubventionen. Indikatorn omfattar godkänt läkemedel för möjlighet att följa upp och utvärdera.
Riktning	Hög andel eftersträvas bland barn med obesitas som är aktuella för läkemedelsbehandling.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Läkemedelsregistret (LMED), Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Enbart vård utförd av läkare registreras i patientregistret. Indikatorn kommer därför inte kunna följa barn som enbart vårdats för sin obesitas av andra professioner.
Teknisk beskrivning	Andelen barn i befolkningen, 12–17 år, som fått ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under 365 dagar efter ett besök i specialiserad vård. Med läkemedel för obesitas avses behandling med liraglutid. Läkemedlet ska vara förskrivet i specialiserad vård.

Täljare:	Antal barn enligt nämnaren som hämtat ut minst en förpackning av liraglutid inom 365 dagar efter ett besök i specialiserad vård. Läkemedlet ska vara förskrivet i specialiserad vård.
Nämnare:	Totala antalet barn, 12–17 år som under redovisningsåret behandlats inom specialiserad vård med huvuddiagnos obesitas.

Diagnos (huvuddiagnos)	ICD-10-SE
Obesitas	E66.0 – E66.9

Läkemedel	ATC-kod
Liraglutid	A10BJ02

Nämnaren består av samtliga barn, 12–17 år, som under redovisningsåret behandlats inom specialiserad vård med huvuddiagnos obesitas. För vårdtillfällen inom den specialiserade öppenvården används besöksdatum, och för vård inom slutenvården används utskrivningsdatum. Första vårdtillfället inom redovisningsåret selekteras (index).

Täljaren består av samtliga uttag inom 365 dagar efter indexdatumet i nämnaren. Om en person haft minst ett uttag av läkemedlet så räknas den till täljaren. Läkemedlet ska vara förskrivet i specialiserad vård. Läkemedel som är förskrivna samma dag som indexdatumet räknas.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.6 Gastric bypass vid BMI ≥ 35**
Mått	Antal per 100 000 i befolkningen, 15–17 år, med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation (GBP).
Mätenhet	Antal per 100 000.
Syfte	Gastric bypass (GBP) är ett tillägg till kombinerad levnadsvane- och läkemedelsbehandling för barn med ett BMI ≥ 35 som efter särskild utredning bedöms vara aktuella för kirurgisk behandling. Åtgärden förutsätter att alla andra aktuella behandlingsformer har provats. Vid GBP operation kopplas större delen av magsäcken och första delen av tunntarmen bort. Operationen har en mekanisk och hormonell påverkan som leder till viktminskning och görs främst genom titthålskirurgi. Indikatorn avser att spegla hur stor andel av barn 15–17 år i befolkningen som har genomgått gastric bypass-operation.
Tolkning	Antal barn, 15–17 år med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation (GBP) per 100 000 invånare. För att tolka andelen sätts den i relation till Folkhälsomyndighetens rapporterade prevalens av obesitas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande - från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kirurgi (R14 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas bland barn med BMI ≥ 35 som är aktuella för kirurgi.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.

Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Direkt jämförelse inom gruppen med diagnos obesitas hade varit önskvärt, men idag finns ingen nationell datakälla som omfattar alla personer som fått diagnosen obesitas inom hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens patientregister finns enbart registrerat de som vårdats av läkare i specialiserad sluten- och öppenvård. Den här indikatorn utgår ifrån samtliga GBP för obesitas, och sätter det i relation till befolkningens storlek enbart. På så sätt kan det totala antalet GBP redovisas, men jämförelse med hur många som har obesitas förloras. Tolkningen bör därför göras mot en uppskattad prevalens av obesitas i populationen, som till exempel den Folkhälsomyndigheten gör via Nationell Folkhälsoenkät till ett urval personer 16–84 år.
Teknisk beskrivning	Antal per 100 000 i befolkningen, 15–17 år, som genomgått gastric bypass-operation (GBP).
Täljare:	Antal barn, 15–17 år som genomgått gastric bypass-operation (GBP) under redovisningsåret.
Nämnare:	Antal barn, 15–17 år i befolkningen (per 100 000 invånare) 31 december året innan redovisningsåret.

Åtgärder	**Operationskod i SOReg**
Gastric bypass	GBP

Täljaren tas ut genom att selektera samtliga barn i nämnare som genomgått gastric bypass (GBP) under redovisningsåret. Om en person genomgått flera operationer under ett år så selekteras det första tillfället. Antalet barn som genomgått operation räknas.

Nämnaren beräknas baserat på befolkningsdata i olika grupper. Antalen aggregeras antingen baserat på föraggregerade data (befolkningsstatistik), eller baserat på data i utbildningsregistret. Det senare behövs för att särredovisa i utbildningsgrupper och födelselandsgrupper.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.7 Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35**
Mått	Andel barn 15–17 år med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation (GBP) och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation mätt i Excess Weight Loss (EWL).
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kirurgisk behandling med gastric bypass (GBP) syftar till viktminskning. Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången aktiv obesitasbehandling är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att mäta viktnedgång efter kirurgisk behandling med GBP.
Tolkning	En hög andel nära 100 procent indikerar att de flesta barn som genomgått GBP uppnår en viktnedgång av sin tidigare övervikt med minst 50 procent.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R14 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av personer efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning går ner i vikt än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen personer som exkluderas på grund av att de inte följts upp. Vid registreringen i SOReg noteras längd enbart vid ett tillfälle, vid den så kallade basregistreringen. GBP ska utföras efter beräknade tillväxttoppar, men det kan ändå förekomma att det opererade barnet växer efter längdmätningen. Detta kan därmed påverka tillförlitligheten av viktminskningen mätt i Excess Weight Loss (EWL).
Teknisk beskrivning	Andel barn, 15–17 år med BMI ≥ 35 som genomgått GBP-operation och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.
Täljare:	Antal barn enligt nämnaren som minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.
Nämnare:	Totalt antal barn, 15–17 år med BMI ≥ 35 som genomgått GBP-operation.

Variabel i SOReg	Värde
BMI	≥ 35
EWL	≥ 50 procent

Åtgärder	Operationskod i SOReg
Gastric bypass	GBP

Nämnaren består av samtliga barn, 15–17 år, som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret. Barn som har en tidigare operation, registrerad i SOReg, exkluderas. BMI hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning 5 år efter operation följs.
Täljaren identifieras genom att barn i nämnare, har registrerad viktminskning, i termer av Excess Weight Loss (EWL) med minst 50 procent, vid redovisning efter 5 år. EWL är färdigberäknat i SOReg.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso- och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.8 Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas**
Mått	Förbättring av livskvalitet bland barn, 15–17 år, fem år efter kirurgisk behandling av obesitas.
Mätenhet	Standardiserad medelvärdesstorlek (effektstorlek, även kallat Cohens d).
Syfte	Obesitas är en kronisk sjukdom där strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången aktiv behandling av obesitas är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att spegla andelen barn som har en förbättrad livskvalitet 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas, mätt med självskattningsinstrumenten av livskvalitet med Short form health survey (SF-36) och diagnosspecifika Obesity Problems scale (OP-9). För SF-36 är medelvärdet på de två sammanfattningsmåtten för skattning av fysisk och psykisk livskvalitet 50 för en köns- och åldersmatchad normalbefolkning. Värden för OP-9 bör här vara så låga som möjligt då skalan speglar problem relaterade till obesitas.
Tolkning	Ett högt medelvärde på förbättrad livskvalitet fem år efter kirurgisk behandling tyder på att livskvaliteten mätt med SF-36 ökat efter obesitasoperationen. De olika delmåtten speglar olika aspekter av fysisk och psykisk hälsa. Låga värden visar på förbättrad obesitasrelaterad psykosocial livskvalitet mätt med OP-9. Skillnaden mellan medelvärden vid basregistrering och 5-årsuppföljning är dock beräknad så att höga värden alltid eftersträvas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R14 prioritet 3).
Referens	Årsrapport SOReg 2020 del 3 (uu.se). https://www.ucr.uu.se/soreg/arsrapporter/arsrapporter. E-publicering 30 december 2021.
Riktning	Högt värde eftersträvas gällande SF-36 och lågt värde gällande OP-9. Den standardiserade medelskillnaden mellan basregistrering och 5-årsuppföljning är dock beräknad så att höga värden alltid eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.

Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning förbättrar sin livskvalitet än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen barn som exkluderas på grund av att de inte följts upp.
Teknisk beskrivning	Standardiserad medelvärdesskillnad av förändringen i livskvalitet bland barn 15–17 år, 5 år efter kirurgisk behandling, mätt med: a) OP-9 (Obesity problems scale). b) SF-36 PCS (Short form health survey, physical component scale). c) SF-36 MCS (Short form health survey, mental component scale). Med standardiserad medelvärdesskillnad (effektstorlek även kallat Cohens d), avses skillnaden mellan uppmätt värde vid uppföljningen efter 5 år och vid basregistreringen (Δ), dividerat med standardavvikelsen för skillnaden (s): Δ/s Information om livskvalitet enligt SF-36 och OP-9 samlas in vid såväl basregistreringen som vid uppföljning efter 5 år. Notera att för SF-36 så innebär höga värden god livskvalitet, medan för OP-9 så innebär låga värden god livskvalitet. För att höga värden på indikatorn ska betyda förbättrad livskvalitet så gäller därför följande beräkningar för beräkningen av medelavvikelsen, **Δ**: - SF-36: Värdet uppmätt 5 år efter operation, minus medelvärdet uppmätt vid basregistrering. - OP-9: Värdet uppmätt vid basregistrering, minus medelvärdet uppmätt 5 år efter operation. Standardavvikelsen beräknas genom att beräkna det vägda genomsnittet av variansen vid baslinjemätningen och vid 5-årsuppföljningen. $$s = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)\, s_1^2 + (n_2 - 1)\, s_2^2)}{n_1 + n_2 - 2}}$$ där n_1 och n_2 är antalet personer med baslinjemätning respektive mätning vid 5-årsuppföljningen, och s_1 och s_2 är motsvarande standardavvikelser. Medelvärden på skillnaden i levnadskvalitet beräknas på följande personer: Samtliga barn, 15–17 år, som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret. Barn som har en tidigare operation, registrerad i SOReg, exkluderas. Uppgifter om operationer och livskvalitet hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning efter 5 år följs. Notera att den standardiserade medelvärdesskillnaden kan anta både positiva och negativa värden. Större positiva värden betyder att livskvaliten förbättras efter operationen.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.9 Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas**
Mått	Andelen barn 2–17 år med obesitas som får uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Barn med obesitas bör följas upp regelbundet minst 1 gång per år, då frekvens av besök är kopplad till framgångsrik behandling. Den strukturerade uppföljningen kan innehålla en bedömning av viktutveckling/BMI, nutritionsstatus, livskvalitet, psykiska hälsa, förändring av obesitasrelaterad samsjuklighet och om nya behandlingsinsatser behöver sättas in. Indikatorn avser att spegla andelen barn med obesitas som följs upp strukturerat, regelbundet och långsiktigt.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2).
Referens	Grossman DC et al. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017 Jun 20;317(23):2417-2426. doi: 10.1001/jama.2017.6803. PMID: 28632874.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	a) Patientregistret, Socialstyrelsen. b) Enkätutskick till regionerna med specificerade frågor för insamling gällande primärvården.
Datakällans status	a) Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling för specialiserad öppenvård. b) Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas gällande primärvård.
Felkällor och begränsningar	KVÅ-kod finns och behöver implementeras för användning vilket kan innebära att data initialt är bristfällig. I dagsläget finns ej registrering av primärvård tillgänglig i Socialstyrelsens register. Vid utvärdering samlas data in via enkätutskick till regioner.
Teknisk beskrivning	Antal personer med obesitas som får strukturerad uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år. ICD-10-SE och KVÅ-kod anges, se nedan tabell.

Diagnos (huvuddiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9

Åtgärd	**KVÅ-kod**
Strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer	AW001

Täljare:	a) Antal barn 2–17 år med obesitas som fått uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år inom öppen specialiserad vård. b) Antal barn 2–17 år med obesitas som fått uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år inom primärvård.

Nämnare:	a) Totala antalet barn 2–17 år med obesitas inom öppen specialiserad vård. b) Totala antalet barn 2–17 år med obesitas inom primärvården. I täljaren ingår endast de som får insatsen strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer samtidigt med huvuddiagnos obesitas eftersom åtgärden kan ges vid flera olika tillstånd.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, barn	
Titel	**2.10 Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal**
Mått	Andel personal som arbetar med obesitas inom hälso- och sjukvården som genomgått kompetenshöjande utbildning.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kompetenshöjande utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal om obesitas har som syfte att bidra till att fler barn får evidensbaserad och god vård inklusive ett förbättrat bemötande och minskad stigmatisering genom exempelvis kunskap om sjukdomens genes, behandlingsalternativ eller färdighetsträning i personcentrerad samtalsmetodik. Indikatorn avser att mäta andelen personal som arbetar med obesitas inom hälso- och sjukvården, och som genomgått kompetenshöjande utbildning.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, kompetensutveckling (R5 prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad och jämlik vård.
Datakälla	Enkät till primärvård (ex. barnhälsovård), specialiserad vård och elevhälsa samt socialtjänst.
Datakällans status	Utvecklingsindikator där data hämtas via enkät till verksamheterna.
Felkällor och begränsningar	Potentiell felkälla: låg svarsfrekvens på enkäterna.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Hur stor del av personalen, specificerat på yrkeskategorier, i verksamhet som behandlar barn med obesitas har genomgått kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas och patientbemötande under de senaste fem åren. Utbildningen ska innehålla någon av följande delar: sjukdomens genes, behandlingsalternativ och färdighetsträning i personcentrerad samtalsmetodik.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket och regioner samt kommuner och stadsdelar/stadsområden.

Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.1 Nydiagnostiserad obesitas**
Mått	Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som nydiagnostiserats med obesitas.
Mätenhet	Antal per 100 000.
Syfte	Att vuxna med obesitas diagnostiseras av vårdpersonalen är viktigt, för att möjliggöra behandling av sjukdomen och eventuell samsjuklighet. Syftet med indikatorn är att följa upp åtgärden diagnostisering i vården som i sin tur möjliggör tidig behandling av obesitas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R1 prioritet 2, R2 prioritet 2).
Riktning	Hög andel nydiagnostisering av vuxna med obesitas eftersträvas, för att möjliggöra tidig behandling.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och individanpassad vård.
Datakälla	Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns för specialiserad öppen- och slutenvård. Kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade öppen- och slutenvården finns att tillgå i PAR. Därmed ingår ej personer som enbart vårdats i primärvården. Tolkningen bör därför göras mot en uppskattad prevalens av obesitas i populationen, som till exempel den Folkhälsomyndigheten gör via Nationell Folkhälsoenkät till ett urval personer 16-84 år.
Teknisk beskrivning	Antal personer per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som nydiagnostiserats med obesitas.
Täljare:	Antal personer 18 år och äldre som nydiagnostiserats med obesitas under redovisningsåret. Med nydiagnostisering avses att patienten inte haft annat vårdtillfälle där man satt diagnosen obesitas inom 5 år före mättillfället.
Nämnare:	Antal personer i befolkning 18 år och äldre (per 100 000 invånare) 31 december året innan redovisningsåret.

Diagnos (huvud- eller bidiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9

Patientregistret: Täljaren definieras genom att samtliga individer med huvuddiagnosen obesitas i patientregistret, under redovisningsåret selekteras. Det första vårdtillfället under redovisningsåret väljs. Som indexdatum väljs besöksdatum om vårdtillfället var i den specialiserade öppenvården och utskrivningsdatum om vårdtillfället var i den slutna

	vården. Av dessa personer exkluderas de som fem år (1825 dagar) innan index vårdats i slutenvården eller den öppna specialiserade vården med obesitas som huvud- eller bidiagnos.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso- och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.2 Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas**
Mått	Andelen personer 18 år och äldre med obesitas som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kombinerad levnadsvanebehandling syftar till viktreduktion och under graviditet syftar den till en hälsosam viktutveckling. Behandlingen omfattar tre komponenter: individuell anpassning av kost, fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring. a) Kost: innefattar individuellt anpassade matvanor, energirestriktion, kostsammansättning och kostmönster. Kan även innefatta måltidsersättning av lågenergityp. b) Fysisk aktivitet: kan innebära råd gällande individuellt anpassade aktiviteter och minskat stillasittande. Kan även omfatta tillgång till gym, att delta i gruppträning eller fysisk aktivitet på recept. c) Stöd till beteendeförändring: syftar till att genomföra och vidmakthålla levnadsvaneförändringar. Stödet kan ske inom ramen för personcentrerad vård. Stödet bör ges enligt en strukturerad och evidensbaserad metod, exempelvis motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi.
Tolkning	Andelen personer 18 år och äldre med obesitas som fått kombinerad levnadsvanebehandling. En hög andel indikerar att många personer med obesitas får kombinerad levnadsvanebehandling, i enlighet med de nationella riktlinjerna.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kombinerad levnadsvanebehandling (R9 prioritet 4, R11 prioritet 4).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen. Enkätinsamling från regionerna.
Datakällans status	Utvecklingsindikator. Data finns till delar av indikator, se ovan register samt nedan felkällor och begränsningar.
Felkällor och begränsningar	Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade öppen- och slutenvården finns att tillgå i PAR. Åtgärder genomförda av andra legitimerade yrkeskategorier utöver läkare samt uppgifter från primärvården

saknas. Bristande registrering av vårdåtgärder. Tillförlitligheten till resultatet baserat på enkäter kan påverkas av bortfall.

Teknisk beskrivning

Andelen personer 18 år och äldre med obesitas som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Perioden som avses är utifrån behandlingsdatum och 12 månader framåt.

Diagnos (huvud- eller bidiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9

KVÅ-koder

Kost	**KVÅ-kod**
Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost	DV051
Nutritionsbehandling, lågkaloridieter	DV054
Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor	DV143
Fysisk aktivitet	
Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	DV132
Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet	DV133
Skriftlig ordination av fysisk aktivitet - FaR	DV200
Gruppträning	QV012
Stöd till beteendeförändring	
Systematisk psykologisk behandling, annan	DU009
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv- beteendeterapeutisk (KBT)	DU011
Systematiskt stödjande samtal	DU113
Motiverande samtal	DU118
Stöd för viktminskning	QE009

Mät- eller rampopulation:
Personer 18 år och äldre med obesitas dvs personer som har en obesitasdiagnos enligt tabellen med ICD-10-SE kod.

Täljare:
Antal personer 18 år och äldre med obesitas som fått kombinerad levnadsvanebehandling.

Nämnare:
Totalt antal personer 18 år och äldre med obesitas.

Nämnaren definieras genom att samtliga individer med huvud- eller bidiagnos obesitas i den öppna specialiserade- eller slutna vården selekteras. Patienterna tas ut under en tidsperiod av max 5 år (1825 dagar) innan redovisningsårets start, och de som vid redovisningsårets start beräknas vara 18 år och äldre selekteras.

Täljaren definieras som personer, enligt nämnaren, som under redovisningsåret fått behandlingar motsvarande minst en KVÅ-kod per rubrikområden. Kombinerad levnadsvanebehandling definieras alltså som att personen fått behandling med fokus på såväl kost, som fysisk aktivitet, som stöd till beteendeförändring.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, specialiserad öppenvård respektive primärvård. Ålder, kön. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.3 Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd**
Mått	Andelen personer med obesitas, 18 år och äldre, med behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kombinerad levnadsvanebehandling syftar till viktreduktion. Till personer med obesitas och svåra psykiska sjukdomar eller svåra neuropsykiatriska- och/eller intellektuell funktionsnedsättning, eller personer som har insats enligt Lagen om särskilt stöd (LSS) t.ex. personer med särskilt boende eller boendestödjare rekommenderas kombinerad levnadsvanebehandling som är anpassad till personer med behov av särskilt stöd. Behandlingen omfattar: a) Kost: innefattar individuellt anpassade matvanor, energirestriktion, kostsammansättning och kostmönster. Kan även innefatta måltidsersättning av lågenergityp. b) Fysisk aktivitet: kan innebära råd gällande individuellt anpassade aktiviteter och minskat stillasittande. Kan även omfatta tillgång till gym, att delta i gruppträning eller fysisk aktivitet på recept. c) Psykosocialt stöd kan vara stöd för att genomföra och vidmakthålla beteendeförändringar. Stödet kan ske inom ramen för personcentrerad vård. Stödet bör ges enligt en strukturerad och evidensbaserad metod, exempelvis motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi. Det är viktigt att information om behandling ges till individer i personens omgivning exempelvis personal på särskilt boende. Indikatorn avser att mäta andel personer med obesitas och behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling.
Tolkning	Andelen personer, 18 år och äldre med obesitas och behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling. En hög andel indikerar att många personer med obesitas och behov av särskilt stöd får kombinerad levnadsvanebehandling, i enlighet med de nationella riktlinjerna.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kombinerad levnadsvanebehandling (R10 prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Patientregistret (PAR), Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SOL), Socialstyrelsen.
Datakällans status	Datakälla finns till delar av indikatorn se ovan register samt nedan felkällor och begränsningar. Utvecklingsindikator.

Felkällor och begränsningar

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade vården finns i PAR. Uppgifter från primärvården saknas. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Teknisk beskrivning

Andelen personer med obesitas, 18 år och äldre med behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling.

Täljare:

Antal personer enligt nämnaren som fått kombinerad levnadsvanebehandling (kost, fysisk aktivitet och psykosocialt stöd).

Nämnare:

Totalt antal personer, 18 år och äldre, med obesitas som är i behov av särskilt stöd.

Diagnos (huvud- eller bidiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9
Diagnoser som kan betyda behov av särskilt anpassad information	
Schizofreni	F20–F29
Bipolär sjukdom	F31
Psykisk utvecklingsstörning	F70–79
Störningar i psykisk utveckling, exklusive Specifika störningar av tal- och språkutvecklingen	F81–F89
Hyperaktivitetsstörningar	F90
Åtgärder	**KVÅ-kod**
Kost	
Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost	DV051
Nutritionsbehandling, lågkaloridieter	DV054
Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor	DV143
Fysisk aktivitet	
Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	DV132
Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet	DV133
Skriftlig ordination av fysisk aktivitet - FaR	DV200
Gruppträning	QV012
Psykosocialt stöd	
Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)	AU124
Uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)	AW010
Systematisk psykologisk behandling, annan	DU009
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv- beteendeterapeutisk (KBT)	DU011
Systematiskt stödjande samtal	DU113
Psykopedagogisk behandling	DU023
Kroppsinriktad psykoterapi	DU035
Problemorienterad psykosocial behandling/Counselling	DU110
Motiverande samtal	DU118
Stöd för viktminskning	QE009
Konferens med patient	XS007
Konferens om patient	XS008
Åtgärder riktade till personligt stöd i omgivningen	QT020

	Nämnaren definieras genom att kombinera information om vuxna med obesitas enligt patientregistret, med information om vuxna med särskilda behov genom patient-, LSS-registret och SOL-registret. • Obesitas i PAR: Samtliga personer som 5 år (1825 dagar) innan redovisningsåret vårdats i den specialiserade öppenvården eller slutenvården, med huvud- eller bidiagnos obesitas. För att ingå i urvalet ska personerna vara 18 år eller äldre när redovisningsåret börjar. • Särskilda behov: Samtliga individer från uttaget av obesitas i patientregistret med något av följande upp till fem år (1825 dagar) innan redovisningsåret: o Insats enligt LSS-registret. o Insats enligt SOL-registret, där patienten vid vårdtillfällen var yngre än 65 år. o Någon av diagnoserna listade i ovan tabell, enligt patientregistret. Täljaren består av personer från nämnaren som under redovisningsåret fått kombinerad levnadsvanebehandling. För att anses ha fått kombinerad levnadsvanebehandling ska personen ha fått en eller flera insatser från åtgärderna kost, fysisk aktivitet och psykosocialt stöd enligt kategorier i tabellen med KVÅ-koder ovan.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.4 Läkemedelsbehandling vid obesitas**
Mått	Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår.
Mätenhet	Antal per 100 000.
Syfte	Läkemedelsbehandlingen syftar till att uppnå viktminskning och är ett tillägg till levnadsvanebehandling. Indikatorn avser att mäta läkemedelsbehandling med liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat eller semaglutid.
Tolkning	Antalet per 100 000, 18 år och äldre i befolkningen som fått förskrivet (uthämtade) liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat eller semaglutid. Genom att sätta förskrivningen i relation till befolkningen i Sverige kan samtliga förskrivningar i befolkningen mätas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Fyra läkemedel är godkända för behandling av obesitas hos vuxna: orlistat och de aptitreglerande läkemedlen liraglutid, naltrexon/bupropion (kombinationstablett) och semaglutid. Läkemedlet orlistat är subventionerat och ingår i rekommendationen (R13 prioritet 4). Övriga läkemedel är inte rekommenderade i nationella riktlinjerna eftersom de inte ingår i den statliga läkemedelssubventionen. Samtliga läkemedel kan förskrivas inom ramen för den fria förskrivningsrätten. Indikatorn omfattar godkända läkemedel för möjlighet att följa upp och utvärdera.
Riktning	Hög riktning eftersträvas bland personer som är aktuella för läkemedelsbehandling.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Läkemedelsregistret (LMED), Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns. Kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Den här indikatorn utgår ifrån samtliga förskrivningar av läkemedel för obesitas, och sätter det i relation till befolkningens storlek enbart. På så sätt kan den totala förskrivningen redovisas, men jämförelse med hur många som har obesitas förloras. Tolkningen bör därför göras mot en uppskattad prevalens av obesitas i populationen, som till exempel den Folkhälsomyndigheten gör via Nationell Folkhälsoenkät till ett urval personer 16-84 år.
Teknisk beskrivning	Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under ett kalenderår. Med läkemedel för obesitas avses behandlingar med orlistat, liraglutid, naltrexon/bupropion eller semaglutid.
Täljare:	Antal personer enligt nämnaren som under redovisningsåret hämtat ut minst en förpackning av a) orlistat b) liraglutid, naltrexon/bupropion eller semaglutid

Nämnare:	Antal personer 18 år och äldre i befolkningen (per 100 000 invånare) 31 december året innan redovisningsåret.

Läkemedel	**ATC-kod**
Liraglutid	A10BJ02
Naltrexon/bupropion	A08AA62
Orlistat	A08AB01
Semaglutid	A10BJ06

Täljaren definieras genom att samtliga uttag av ett av läkemedel a) eller b) registrerats under redovisningsåret. Om en person haft ett uttag eller mer under året räknas denna till täljaren. Enbart produkter indicerat för obesitas ska ingå.

Nämnaren beräknas baserat på befolkningsdata i olika grupper. Antalen aggregeras antingen baserat på föraggregerade data (befolkningsstatistik), eller baserat på data i utbildningsregistret. Det senare behövs för att särredovisa i utbildningsgrupper och födelselandsgrupper.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.5 Kirurgisk behandling av obesitas i befolkningen**
Mått	Antal personer, 18 år och äldre som genomgått gastric bypass (GBP), eller sleeve-gastrektomi (SG) operation per 100 000 i befolkningen.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kirurgisk behandling syftar till viktminskning. Vid gastric bypass (GBP) kopplas större delen av magsäcken och första delen av tunntarmen bort. Operationen har en mekanisk och hormonell påverkan som ska leda till viktminskning och görs främst genom titthålskirurgi. Sleeve-gastrektomi (SG) är ett ingrepp då magsäckens volym minskas genom att en del av magsäcken opereras bort och magsäcken formas till ett smalt rör. Indikatorn avser att spegla andelen GBP (BMI 30–35 och BMI ≥ 35) eller SG (BMI ≥ 35) av totalt genomförda operationer för personer 18 år och äldre.
Tolkning	Antal personer per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre som genomgått GBP med BMI 30–35, respektive BMI ≥ 35. Höga antal bland personer med obesitas motsvarar ett högt antal GBP-operationer i Sveriges befolkning. Antal personer per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre som genomgått SG med BMI ≥ 35. Höga antal bland personer med obesitas motsvarar ett högt antal SG-operationer i Sveriges befolkning.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kirurgi (R16 prioritet 3, R18 prioritet 2, R19 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas bland vuxna med obesitas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Direkt jämförelse inom gruppen med diagnos obesitas hade varit önskvärt, men idag finns ingen nationell datakälla som omfattar alla personer som fått diagnosen obesitas inom hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens patientregister finns enbart registrerat de som vårdats av läkare i specialiserad sluten- och öppenvård. Den här indikatorn utgår ifrån samtliga GBP och SG för obesitas, och sätter det i relation till befolkningens storlek enbart. På så sätt kan det totala antalet GBP och SG redovisas, men jämförelse med hur många som har obesitas förloras. Tolkningen bör därför göras mot en uppskattad prevalens av obesitas i populationen, som till exempel den Folkhälsomyndigheten gör via Nationell Folkhälsoenkät till ett urval personer 16–84 år.

Teknisk beskrivning	Personer 18 år och äldre med BMI 30–35 som genomgått GBP samt personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått GBP eller SG.
Täljare:	a) Antal personer som genomgått GBP operation under redovisningsåret, och som vid basregistreringen hade BMI ≥30 och <35. b) Antal personer som genomgått SG operation under redovisningsåret, och som vid basregistreringen hade BMI ≥ 35. c) Antal personer som genomgått GBP operation under redovisningsåret, och som vid basregistreringen hade BMI ≥ 35.
Nämnare:	Totalt antal personer i befolkningen, 18 år och äldre, per 100 000 invånare.

Åtgärder	**Operationskod SOReg**
Gastric bypass	GBP
Sleeve-gastrektomi	SG

	Täljaren tas ut genom att selektera samtliga patienter i nämnare som genomgått GBP (täljare a och c) eller SG (täljare b) under redovisningsåret. Om en patient genomgått flera operationer under ett år så selekteras det första tillfället. BMI uppmätt vid basregistreringen ska antingen vara ≥30 och <35 (täljare a), eller ≥ 35 (täljare b och c). Antalet patienter som genomgått respektive operation räknas. Nämnaren beräknas baserat på befolkningsdata i olika grupper. Antalen aggregeras antingen baserat på föraggregerade data (befolkningsstatistik), eller baserat på data i utbildningsregistret. Det senare behövs för att särredovisa i utbildningsgrupper och födelselandsgrupper.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.6 Kirurgisk behandling vid BMI ≥ 35**
Mått	Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation (GBP) eller sleeve-gastrektomi (SG) i förhållande till samtliga obesitasoperationer.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kirurgisk behandling syftar till viktminskning. Vid gastric bypass (GBP) kopplas större delen av magsäcken och första delen av tunntarmen bort. Operationen har en mekanisk och hormonell påverkan som ska leda till viktminskning och görs främst genom titthålskirurgi. Sleeve-gastrektomi (SG) är ett ingrepp då magsäckens volym minskas genom att en del av magsäcken opereras bort och magsäcken formas till ett smalt rör. Indikatorn avser att spegla andelen GBP eller SG av totalt genomförda obesitasoperationer för personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35.
Tolkning	Andelen personer 18 år och äldre som med BMI ≥ 35 genomgått en GBP eller SG i jämförelse med det totala antalet obesitasoperationer som genomförts för personer med BMI ≥ 35.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.

Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kirurgi (R18 prioritet 2, R19 prioritet 3).
Riktning	En hög riktning är eftersträvansvärd för personer med BMI ≥ 35 som är aktuella för kirurgi.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått GBP eller SG.
Täljare:	Antal personer enligt nämnaren som genomgått GBP eller SG under redovisningsåret.
Nämnare:	Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått obesitasoperation under redovisningsåret.

Åtgärder	**Operationskod SOReg**
Gastric bypass	GBP
Sleeve-gastrektomi	SG

Täljaren tas ut genom att selektera samtliga patienter i nämnare som genomgått GBP eller SG under redovisningsåret. Om en patient genomgått flera operationer under ett år så selekteras det första tillfället. Antalet patienter som genomgått respektive operation räknas.

Nämnaren baseras på samtliga individer, 18 år och äldre, som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret, och som vid inskrivningen har ett BMI ≥ 35. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg exkluderas. Uppgifter om operationer och BMI hämtas från SOReg.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.7 Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35**
Mått	Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass operation (GBP) och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss (EWL).
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kirurgisk behandling med gastric bypass (GBP) syftar till viktminskning. Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången GBP-operation är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att mäta viktnedgång efter kirurgisk behandling med GBP.
Tolkning	En hög andel nära 100 procent indikerar att de flesta patienter som genomgått GBP uppnår en viktnedgång av sin tidigare övervikt med minst 50 procent.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R18 prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning går ner i vikt än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen personer som exkluderas på grund av att de inte följts upp.
Teknisk beskrivning	Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått GBP-operation och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.
Täljare:	Antal personer enligt nämnaren som minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.
Nämnare:	Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått GBP-operation.

Variabel i SOReg.	**Värde**
BMI	≥ 35
EWL	≥ 50 procent

Åtgärder	**Operationskod i SOReg.**
Gastric bypass	GBP

	Nämnaren baseras på samtliga individer, 18 år och äldre, som har en GBP-operation registrerad i SOReg under redovisningsåret och som vid basregistreringen har ett BMI ≥ 35. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg exkluderas. Uppgifter om operationer och BMI hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning 5 år efter operation följs. Täljaren identifieras genom att patienter i nämnare, har registrerad viktminskning, i termer av Excess Weight Loss (EWL) med minst 50 procent, vid redovisning efter 5 år. EWL är färdigberäknat i SOReg.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.8 Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35**
Mått	Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi operation (SG) och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss (EWL).
Mätenhet	Procent.
Syfte	Operation med sleeve-gastrektomi syftar till viktminskning. Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången SG-operation är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att mäta viktnedgång, efter kirurgisk behandling med sleeve-gastrektomi operation.
Tolkning	En hög andel, nära 100 procent, indikerar att de flesta patienter som genomgått SG uppnår en viktnedgång av sin tidigare övervikt med minst 50 procent.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationerna i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R19 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning går ner i vikt än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen personer som exkluderas på grund av att de inte följts upp.

Teknisk beskrivning	Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått SG och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation, med ≥ 50 procent.
Täljare:	Antal personer enligt nämnaren som minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.
Nämnare:	Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått SG operation.

Variabel i SOReg.	**Värde**
BMI	≥ 35
EWL	≥ 50 procent

Åtgärder	**Operationskod i SOReg.**
Sleeve-gastrektomi	SG

Nämnaren baseras på samtliga individer, 18 år och äldre, som har en SG-operation registrerad i SOReg under redovisningsåret, och som vid basregistreringen har ett BMI ≥ 35. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg, exkluderas. Uppgifter om operationer och BMI vid basregistreringen hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning 5 år efter operation följs.

Täljaren identifieras genom att patienter i nämnare, har registrerad viktminskning, i termer av Excess Weight Loss (EWL) med minst 50 procent, vid uppföljning efter 5 år. EWL är färdigberäknat i SOReg.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.9 Gastric bypass vid BMI 30–35**
Mått	Andel personer 18 år och äldre med BMI 30–35 som genomgått gastric bypass (GBP) operation i förhållande till samtliga obesitasoperationer.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kirurgisk behandling syftar till viktminskning. Indikatorn avser att spegla andelen GBP av totalt genomförda operationer för personer 18 år och äldre med BMI 30–35.
Tolkning	Andelen personer 18 år och äldre som med BMI 30-35 genomgått en GBP i jämförelse med det totala antalet operationer som genomförts för personer 18 år och äldre med BMI 30-35.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R2 prioritet 2), kirurgi (R16 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.

Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Personer 18 år och äldre med BMI 30–35 som genomgått GBP.
Täljare:	Antal personer enligt nämnaren som genomgått GBP under redovisningsåret.
Nämnare:	Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI 30–35 som genomgått kirurgisk behandling av obesitas under redovisningsåret.

Åtgärder	**Operationskod i SOReg.**
Gastric bypass	GBP

Täljaren tas ut genom att selektera samtliga patienter i nämnare som genomgått GBP under redovisningsåret. Om en patient genomgått flera operationer för obesitas under ett år så selekteras det första tillfället. Antalet patienter som genomgått respektive operation ingår i beräkningen.

Nämnaren baseras på samtliga individer, 18 år och äldre som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret, och som vid inskrivningen har ett BMI 30–35. Gränsen BMI 30–35 ska tolkas så att personer med BMI ≥ 30 och BMI <35 inkluderas. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg. exkluderas.
Uppgifter om operationer och BMI hämtas från SOReg.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.10 Viktnedgång efter gastric bypass operation vid BMI 30–35**
Mått	Andel personer 18 år och äldre, med BMI 30–35, som genomgått gastric bypass-operation (GBP) och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss (EWL).
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kirurgisk behandling med gastric bypass (GBP) syftar till viktminskning. Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången GBP-operation är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att mäta viktnedgång efter kirurgisk behandling med GBP.
Tolkning	En hög andel nära 100 procent indikerar att de flesta personer som genomgått GBP uppnår en viktnedgång av sin tidigare övervikt med minst 50 procent.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R16 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning går ner i vikt än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen personer som exkluderas på grund av att de inte följts upp.
Teknisk beskrivning	Andel personer 18 år och äldre med BMI 30–35 som genomgått GBP-operation och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.
Täljare:	Antal personer enligt nämnaren som minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med 50 procent.
Nämnare:	Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI 30–-35 som genomgått GBP-operation.

Variabel i SOReg.	**Värde**
BMI	30–35
EWL	≥ 50 procent

Åtgärder	**Operationskod i SOReg.**
Gastric bypass	GBP

	Nämnaren baseras på samtliga individer, 18 år och äldre, som har en GBP-operation registrerad i SOReg under redovisningsåret, och som vid basregistreringen har ett BMI 30–35. Gränsen 30–35 ska tolkas så att personer med BMI ≥ 30 och BMI <35 inkluderas. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg exkluderas. Uppgifter om operationer och BMI hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning 5 år efter operation följs. Täljaren identifieras genom att patienter i nämnare, har registrerad viktminskning, i termer av Excess Weight Loss (EWL) med minst 50 procent, vid redovisning efter 5 år. EWL är färdigberäknat i SOReg.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso- och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.11 Samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas**
Mått	Andel personer 18 år och äldre som 5 år efter en kirurgisk behandling av obesitas inte längre har diabetes typ 2 eller hypertoni.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Obesitas är en kronisk sjukdom där strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången aktiv behandling av obesitas, är av stor betydelse även om behandlingsmålen är uppfyllda. Strukturerad uppföljning kan t.ex. omfatta bedömning av förändring av obesitasrelaterade sjukdomar. Indikatorn avser att mäta andelen personer som inte har diabetes typ 2 eller hypertoni 5 år efter en kirurgisk behandling av obesitas.
Tolkning	En hög andel personer 18 år och äldre som visar på frånvaro av samsjuklighet diabetes typ 2 eller hypertoni 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R16 prioritet 3, R18 prioritet 2, R19 prioritet 3).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationella målnivåer kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning blir fria från sin diabetes än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen personer som exkluderas på grund av att de inte följts upp.

Teknisk beskrivning

Andel personer, 18 år och äldre, som genomgått kirurgisk behandling av obesitas och som 5 år efter operationen inte längre har diabetes och/eller hypertoni.

Täljare:

Personer som efter 5 år inte längre har diabetes och/eller hypertoni.

Nämnare:

Samtliga personer som under ett redovisningsår opererats enligt SOReg, och som vid basregistreringen innan operation hade diabetes och/eller hypertoni.

	Värden som indikerar sjukdom	**Variabel i SOReg**
Hypertoni		
Läkemedelsbehandling för hypertoni	1	Hypertoni
Systoliskt blodtryck	≥ 145	Systoliskt
Diastoliskt blodtryck	≥ 85	Diastoliskt
Diabetes 2		
Läkemedelsbehandling för diabetes	1	Diabetes
HbA1c	> 48	HbA1c
FP-glukos	≥ 7	B-Glukos

Patientrapporterad information om läkemedelsbehandlad diabetes och hypertoni samlas in i SOReg, såväl vid basregistreringen som vid uppföljning efter 5 år. Det samlas också in mätvärden som indikerar sjukdomarna; systoliskt och diastoliskt blodtryck utanför referensvärden indikerar hypertoni, HbA1c eller fP-glukos utanför referensvärden indikerar diabetes. Definitionen på diabetes och hypertoni är därför att minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllt: förekomst av läkemedelsbehandling eller att minst ett av mätvärdena ligger utanför referensvärdet, indikerar sjukdom.

Nämnaren baseras på samtliga individer, 18 år och äldre, som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret, och som vid baslregistreringen har diabetes och/eller hypertoni. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg, exkluderas. Uppgifter om operationer och samsjuklighet hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning efter 5 år följs.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso- och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.12 Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas**
Mått	Förbättring av livskvalitet bland personer 18 år och äldre, 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas.
Mätenhet	Standardiserad medelvärdesstorlek (effektstorlek, även kallat Cohens d).
Syfte	Obesitas är en kronisk sjukdom där strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången aktiv behandling av obesitas är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att spegla andelen personer 18 år och äldre som har en förbättrad livskvalitet 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas, mätt med självskattningsinstrumenten av livskvalitet med Short form health survey (SF-36) och diagnosspecifika Obesity Problems scale (OP-9). För SF-36 är medelvärdet på de två sammanfattningsmåtten för skattning av fysisk och psykisk livskvalitet 50 för en köns- och åldersmatchad normalbefolkning. Värden för OP-9 bör här vara så låga som möjligt då skalan speglar problem relaterade till obesitas.
Tolkning	Ett högt medelvärde på förbättrad livskvalitet 5 år efter kirurgisk behandling tyder på att livskvaliteten mätt med SF-36 ökat efter obesitasoperationen. De olika delmåtten speglar olika aspekter av fysisk och psykisk hälsa. Låga värden visar på förbättrad obesitasrelaterad psykosocial livskvalitet mätt med OP-9. Skillnaden mellan medelvärden vid basregistrering och 5-årsuppföljning är dock beräknad så att höga värden alltid eftersträvas.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendationer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2), kirurgi (R16 prioritet 3, R18 prioritet 2, R19 prioritet 3).
Referens	Årsrapport SOReg 2020 del 3 (uu.se). https://www.ucr.uu.se/soreg/arsrapporter/arsrapporter. E-publicering 30 december 2021.
Riktning	Högt värde eftersträvas gällande SF-36 och lågt värde gällande OP-9. Den standardiserade medelskillnaden mellan basregistrering och 5-årsuppföljning är dock beräknad så att höga värden alltid eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp i lägre utsträckning förbättrar sin livskvalitet än de som följs upp. Man bör därför vara uppmärksam på andelen personer som exkluderas på grund av att de inte följts upp.
Teknisk beskrivning	Standardiserad medelvärdesskillnad av förändringen i livskvalitet bland personer 18 år och äldre, 5 år efter kirurgisk behandling, mätt med: a) OP-9 (Obesity problems scale). b) SF-36 PCS (Short form health survey, physical component scale). c) SF-36 MCS (Short form health survey, mental component scale).

	Med standardiserad medelvärdesskillnad (effektstorlek, även kallat Cohens d), avses skillnaden mellan uppmätt värde vid uppföljningen efter 5 år och vid basregistreringen (**Δ**), dividerat med standardavvikelsen för skillnaden (**s**): Δ/s. Information om livskvalitet enligt SF-36 och OP-9 samlas in vid såväl basregistreringen som vid uppföljning efter 5 år. Notera att för SF-36 så innebär höga värden god livskvalitet, medan för OP-9 så innebär låga värden god livskvalitet. För att höga värden på indikatorn ska betyda förbättrad livskvalitet så gäller därför följande beräkningar av medelavvikelsen, **Δ**: - SF-36: Medelvärdet uppmätt 5 år efter operation, minus medelvärdet uppmätt vid basregistrering. - OP-9: Medelvärdet uppmätt vid basregistrering, minus medelvärdet uppmätt 5 år efter operation. Standardavvikelsen beräknas genom att beräkna det vägda genomsnittet av variansen vid baslinjemätningen och vid 5-årsuppföljningen. $$s = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)\, s_1^2 + (n_2 - 1)\, s_2^2)}{n_1 + n_2 - 2}}$$ där n_1 och n_2 är antalet personer med baslinjemätning respektive mätning vid 5-årsuppföljningen, och s_1 och s_2 är motsvarande standardavvikelser. Medelvärden på skillnaden i levnadskvalitet beräknas på följande personer: Samtliga personer, 18 år och äldre, som har en operation registrerad i SOReg under redovisningsåret. Personer som har en tidigare operation, registrerad i SOReg, exkluderas. Uppgifter om operationer och livskvalitet hämtas från SOReg. Enbart de med registrerad uppföljning efter 5 år följs. Notera att den standardiserade medelvärdesskillnaden kan anta både positiva och negativa värden. Större positiva värden betyder att livskvaliteten förbättras efter operationen.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.13 Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas**
Mått	Andelen personer 18 år och äldre med obesitas som får uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Personer med obesitas bör följas upp regelbundet minst 1 gång per år, då frekvens av besök är kopplat till framgångsrik behandling. Den strukturerade uppföljningen kan innehålla en bedömning av viktutveckling/BMI, nutritionsstatus, livskvalitet, psykisk hälsa, förändring av obesitasrelaterad samsjuklighet och om nya behandlingsinsatser behöver sättas in. Indikatorn avser att spegla andelen personer med obesitas som följs upp strukturerat, regelbundet och långsiktigt.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, strukturerarat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning (R3 prioritet 2).

Referens	Lindberg L et al. Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A Swedish prospective cohort study. PLoS Med. 2020 Mar 18;17(3):e1003078. doi: 10.1371/journal.pmed.1003078. PMID: 32187177; PMCID: PMC7080224.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	a) Patientregistret, Socialstyrelsen. b) Enkätutskick till regionerna med specificerade frågor för insamling gällande primärvården.
Datakällans status	a) Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling för specialiserad öppenvård. b) Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas för primärvård.
Felkällor och begränsningar	KVÅ-kod finns och behöver implementeras för användning vilket kan innebära att data initialt är bristfällig. I dagsläget finns ej registrering av primärvård tillgänglig i Socialstyrelsens register. Vid utvärdering samlas data in via enkätutskick till regioner.
Teknisk beskrivning	Antal personer med obesitas som får strukturerad uppföljning av behandlingsinsats minst 1 gång per år. ICD-10-SE och KVÅ-kod anges, se nedan tabell.

Diagnos (huvuddiagnos)	**ICD-10-SE**
Obesitas	E66.0 – E66.9

Åtgärd	**KVÅ-kod**
Strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer	AW001

Täljare:	a) Antal personer 18 år och äldre med obesitas som fått uppföljning av behandlingsinsats minst 1gång per år inom öppen specialiserad vård. b) Antal personer 18 år och äldre med obesitas som fått uppföljning av behandlingsinsats minst 1gång per år inom primärvård.
Nämnare:	a) Totala antalet personer 18 år och äldre med obesitas inom öppen specialiserad vård. b) Totala antalet personer 18 år och äldre med obesitas inom primärvården. I täljaren ingår endast de som får insatsen strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer samtidigt med huvuddiagnosen obesitas eftersom åtgärden kan ges vid flera olika tillstånd.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, ålder, kön och om möjligt socioekonomisk fördelning. Den geografiska fördelningen anger personernas hemort.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområde: Vård vid obesitas, vuxna	
Titel	**3.14 Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal**
Mått	Andel personal som arbetar med obesitas inom hälso- och sjukvården som genomgått kompetenshöjande utbildning.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Kompetenshöjande utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal om obesitas har som syfte att bidra till att fler personer får evidensbaserad och god vård inklusive ett förbättrat bemötande och minskad stigmatisering genom exempelvis kunskap om sjukdomens genes, behandlingsalternativ eller färdighetsträning i personcentrerad samtalsmetodik. Indikatorn avser att mäta andelen personal som arbetar med obesitas inom hälso- och sjukvården, och som genomgått kompetenshöjande utbildning.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för vård vid obesitas, kompetensutveckling (R5 prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå är inte aktuell.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad-, individanpassad- och jämlik vård.
Datakälla	Enkät till primärvård (ex. mödrahälsovård), specialiserad vård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst.
Datakällans status	Utvecklingsindikator där data hämtas via enkät till verksamheterna.
Felkällor och begränsningar	Potentiell felkälla: låg svarsfrekvens på enkäterna.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Hur stor del av personalen, specificerat på yrkeskategorier, i verksamhet som behandlar personer med obesitas har genomgått kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas och patientbemötande under de senaste fem åren. Utbildningen ska innehålla någon av följande delar: sjukdomens genes, behandlingsalternativ och färdighetsträning i personcentrerad samtalsmetodik.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket och regioner samt kommuner och stadsdelar/stadsområden.

Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
3. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

Projektorganisation

Ann-Sofie Bertilsson	Projektledare, Socialstyrelsen
Christina Broman	Utredare, Socialstyrelsen
Gudrun Jonasdottir Bergman	Statistiker, Socialstyrelsen
Britt Eriksson	Utredare, Socialstyrelsen
Anne Tiainen	Utredare, Socialstyrelsen
Kajsa Järvholm	Psykolog, docent vid Lunds universitet, Institutionen för psykologi och Enhet för Barnövervikt, Skånes universitetssjukhus Malmö. Styrelseledamot i svensk förening för obesitasforskning (SFO)
Ingrid Larsson	Näringsfysiolog, docent vid Göteborgs universitet, Enheten för Klinisk Nutrition och Regionalt Obesitascentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg. Styrelseledamot i svensk förening för obesitasforskning (SFO)
Lovisa Sjögren	Barnläkare och medicine doktor, Vårdenhetsöverläkare på Regionalt Obesitascentrum Barn, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus/Sahlgrenska samt ansvarig för Barnobesitas Region Halland. Ledamot i nationella kvalitetsregistret Barn med obesitas registrerad i Sverige (BORIS) styrgrupp. Styrelseledamot i svensk förening för obesitasforskning (SFO) samt ledamot i Nationell arbetsgrupp (NAG) Barnobesitas
Magnus Sundbom	Överläkare i kirurgi och medicinskt ansvarig för bland annat obesitaskirurgin som chef för Esofagus/ventrikelsektionen vid VO Kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Adjungerad professor, Uppsala universitet. Ledamot i nationella kvalitetsregistret för obesitaskirurgi, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg)
Ylva Trolle Lagerros	Medicinskt ansvarig överläkare på överviktscentrum, akademiskt specialistcentrum, i Stockholm, specialist i internmedicin och docent i epidemiologi, Karolinska Institutet. Styrelseledamot i svensk förening för obesitasforskning (SFO)