

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Fördjupad konsekvensanalys
Bilaga

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

Förord

Detta dokument innehåller konsekvensanalyser av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Vi beskriver vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjernas rekommendationer väntas få för hälso- och sjukvården.

I huvudrapporten *Stöd för styrning och ledning* presenterar vi övergripande konsekvensanalyser tillsammans med rekommendationer och tillhörande beskrivningar. Här presenterar vi alla konsekvensanalyser samlat, och fördjupar resonemangen om kirurgi, för dig som vill veta mer.

Konsekvensanalyserna presenteras per rekommendationsområde på samma sätt som i huvudrapporten. Vi inleder med ett avsnitt om hur vanligt obesitas är i befolkningen.

Mattias Fredricson
Enhetschef
Nationella riktlinjer och screening

Innehåll

Förord	3
Hur vanligt är obesitas?	7
Vård för obesitas	7
Konsekvenser av Socialstyrelsens rekommendationer om vård vid obesitas.....	9
Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning.....	9
Så påverkas hälso- och sjukvården	9
Kompetensutveckling.....	10
Så påverkas hälso- och sjukvården	10
Kombinerad levnadsvanebehandling.....	11
Så påverkas hälso- och sjukvården	11
Läkemedelsbehandling	11
Så påverkas hälso- och sjukvården	11
Kirurgi.....	12
Så påverkas hälso- och sjukvården	12
Referenser	17

Hur vanligt är obesitas?

Obesitas är vanligt bland både barn och vuxna, och allra vanligast i socioekonomiskt utsatta grupper.

Sammantaget beräknar Socialstyrelsen att närmare 1,3 miljoner ungdomar och vuxna har obesitas (BMI \geq 30) i Sverige, utifrån Folkhälsoenkäten 2018 och 2020. Det motsvarar 16 procent av befolkningen i åldern 16–84 år [1, 2]. Andelen med obesitas var något högre bland personer i åldern 45–64 år (20 procent, omkring 510 000 personer), medan 7 procent av 16–29-åringarna (omkring 105 000 personer) och 14 procent av 30–44-åringarna (omkring 285 000 personer) angav ett BMI \geq 30. I den äldsta åldersgruppen, 65–84 år, beräknades att 19 procent hade obesitas (knappt 350 000 personer).

Vidare beräknar Socialstyrelsen att närmare 80 000 barn i förskole- och skolåldern har obesitas. Enligt Folkhälsomyndighetens statistik för skolbarn i åldrarna 11, 13 och 15 år hade 6 procent obesitas i undersökningen från 2017/2018 [2, 3]. Det motsvarar omkring 44 000 skolbarn i åldern 10–15 år.

Sammanställningar av data från Sverige inom ramen för Världshälsoorganisationens Child Obesity Surveillance Initiative (COSI) rapporterar att andelen barn med obesitas i åldern 6–9 år successivt ökar med åldern, från omkring 5 procent till omkring 10 procent, men också att det är stora skillnader mellan regionerna i landet och mellan pojkar och flickor.

Omkring 30 000 barn i åldern 6–9 år har enligt rapportens statistik obesitas [2, 4]. En studie från Stockholm rapporterade att 1,8 procent av barnen hade obesitas vid 4-årskontrollen, men det fanns betydande geografiska variationer [5]. I vissa kommuner hade under 1 procent av barnen obesitas, medan andelen var över 4 procent i andra kommuner. Om förekomsten i hela landet motsvarar den i Stockholm rör det sig om drygt 4 000 barn i åldern 4–5 år [2].

Vård för obesitas

Enligt Socialstyrelsens patientregister hade omkring 11 500 vuxna och omkring 10 500 barn i åldern 5–19 år minst ett besök eller en inläggning i hälso- och sjukvården med diagnosen obesitas 2019 [6]. Det är alltså en mindre andel barn (13 procent) och vuxna (< 1 procent) med obesitas som söker vård för sjukdomen, och de flesta har bara gjort ett enda besök. Det innebär att de inte har genomgått någon av de behandlingar som Socialstyrelsen rekommenderar i de nationella riktlinjerna, och inte heller fått uppföljning.

Kvalitetsregistret BORIS (Barnobesitasregister i Sverige) redovisar i sin årsrapport 2020 en kartläggning av barnkliniker i Sverige som erbjuder behandling för obesitas och registrerar uppgifter i BORIS [7]. Årsrapporten pekar på att endast en mindre andel av alla barn med obesitas får behandling i hälso- och sjukvården. Registret har god täckningsgrad för dem som får behandling i den sjukhusbaserade specialistvården. BORIS sammanställning av data för barn med obesitas i olika åldersintervall visar att runt 60 procent

har minst ett registrerat uppföljningsbesök ett år efter behandlingsstarten. Det andra året har hälften av barnen ett registrerat uppföljningsbesök och det tredje året omkring 40 procent, enligt poolade data för 2009–2016. Att så få barn har uppföljningsbesök kan till viss del bero på bristande registrering. Sammantaget pekar dock uppgifterna i BORIS på att merparten av alla barn med obesitas inte erbjuds någon regelbunden behandling eller uppföljning av sjukdomen i den sjukhusbaserade vården [7].

Regionerna och kommunerna behöver därför gå igenom vilka insatser som görs redan i dag för barn och vuxna med obesitas, för att utvärdera hur de behöver ändras och ökas utifrån Socialstyrelsens rekommendationer.

Konsekvenser av Socialstyrelsens rekommendationer om vård vid obesitas

Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning

Rekommendationer till hälso- och sjukvården

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 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 följsjukdomar 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 [7]. 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.

Kompetensutveckling

Rekommendation till hälso- och sjukvården

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

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. Vidare kan regionerna och kommunerna 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.

Kombinerad levnadsvanebehandling

Rekommendationer till hälso- och sjukvården

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 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 (omkring 15 600 personer) [7], och mindre än 1 procent av alla vuxna med obesitas besökte den sjukhusbaserade specialiserade vården för obesitas 2019 (omkring 10 700 personer). Det saknas dock uppgifter om hur många vuxna med obesitas som får insatser i primärvården.

Läkemedelsbehandling

Rekommendation till hälso- och sjukvården

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

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 [8], 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 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 [8]. 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 [9], och naltrexon/bupropion knappt 6 500 kronor [10]. 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.

Kirurgi

Rekommendationer till hälso- och sjukvården

Id	Erbjud operationen ...	fill personer med obesitas som är aktuella för operationen och ...	Prioritet
18	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> • är vuxna • har BMI ≥ 35 	2
14		<ul style="list-style-type: none"> • är barn i åldern 15–17 år • har BMI ≥ 35 	3
16		<ul style="list-style-type: none"> • är vuxna • har BMI 30–35 	3
19	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • är vuxna • har BMI ≥ 35 	3
20	BPD/DS (biliopancreatic diversion med duodenal switch)	<ul style="list-style-type: none"> • är vuxna • har BMI ≥ 50 	5
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud operationen ...	fill personer med obesitas som ...	Prioritet
15	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • är barn i åldern 15–17 år • har BMI ≥ 35 	FoU
17		<ul style="list-style-type: none"> • är vuxna • har BMI 30–35 	FoU

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. Detta utifrån att omkring 4 procent av alla 16–84-åringar i Sverige hade BMI över 35 år 2018 och 2020, enligt Folkhälsomyndighetens registerdata [11]. År 2020 fanns drygt 5,6 miljoner personer i det åldersintervall som hittills varit aktuellt för obesitaskirurgi: 18–60 år. År 2019 utfördes dock endast cirka

5 000 obesitasoperationer, och 2020 sjönk dessutom antalet offentligt finansierade operationer markant på grund av omprioriteringar vid sjukhusen till följd av covid-19-pandemin.

Vidare betalade ungefär var femte patient själv för obesitaskirurgi 2019, enligt kvalitetsregistret SOReg. I Södermanland, Värmland och Norrbotten var det över 30 procent som betalade kirurgin själva. Regionerna betalade totalt drygt 400 miljoner kronor för kirurgin 2019, 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) genomgår obesitaskirurgi under en 5-årsperiod, och regionerna tog över de kostnader som betalas av patienter i dag (se tabell 1).

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 [12]. Men 18 av 21 regioner skulle behöva erbjuda kirurgi åt fler personer varje år om 15 procent av alla med BMI över 35 fick erbjudandet (se Figur 1). I 7 av regionerna skulle antalet operationer fördubblas, eller öka ännu mer. Region Stockholm skulle enbart behöva öka antalet med drygt 100 operationer, medan omkring 500 fler operationer skulle behövas i Västra Götalandsregionen (se Figur 2). Kostnadsökningarna blir störst i kronor i storstadsregionerna, men både Södermanland och Norrbotten skulle få kostnadsökningar på över 10 miljoner kronor per år jämfört med 2019 (se figur 3).

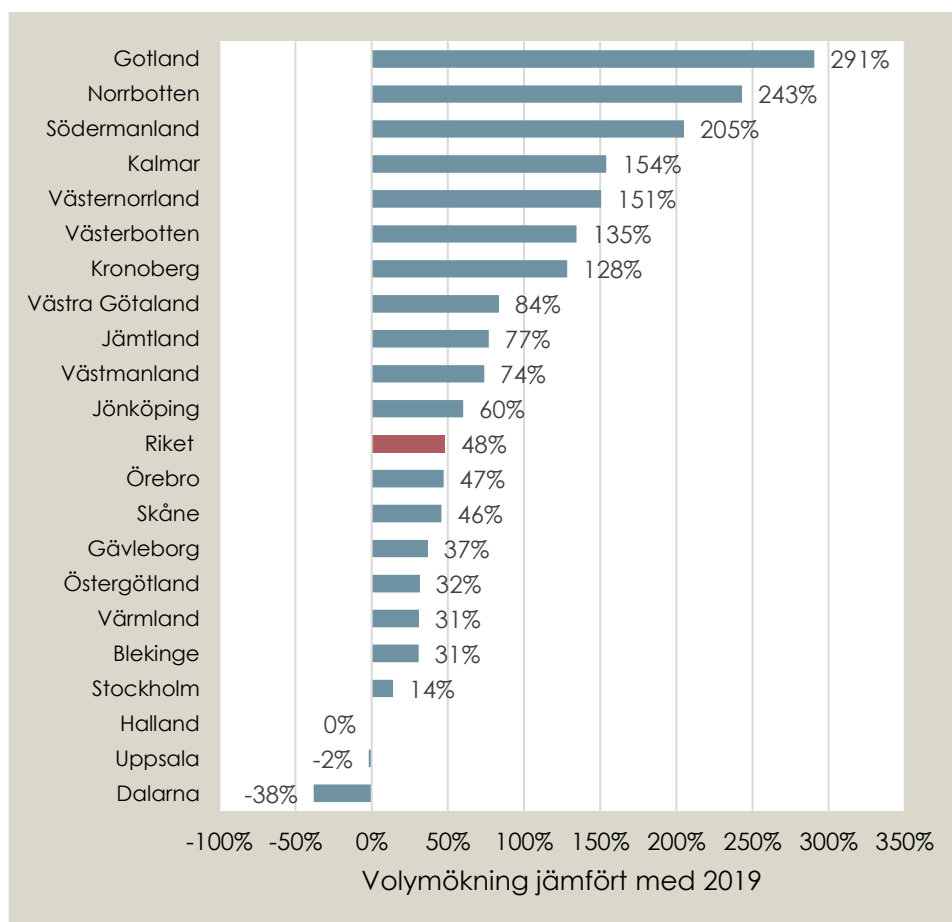
Hälsovinster efter obesitaskirurgi kan samtidigt minska andra vårdkostnader något på lång sikt, men Socialstyrelsen bedömer att besparingarna kan vara mindre än vad tidiga studier visat (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

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*).

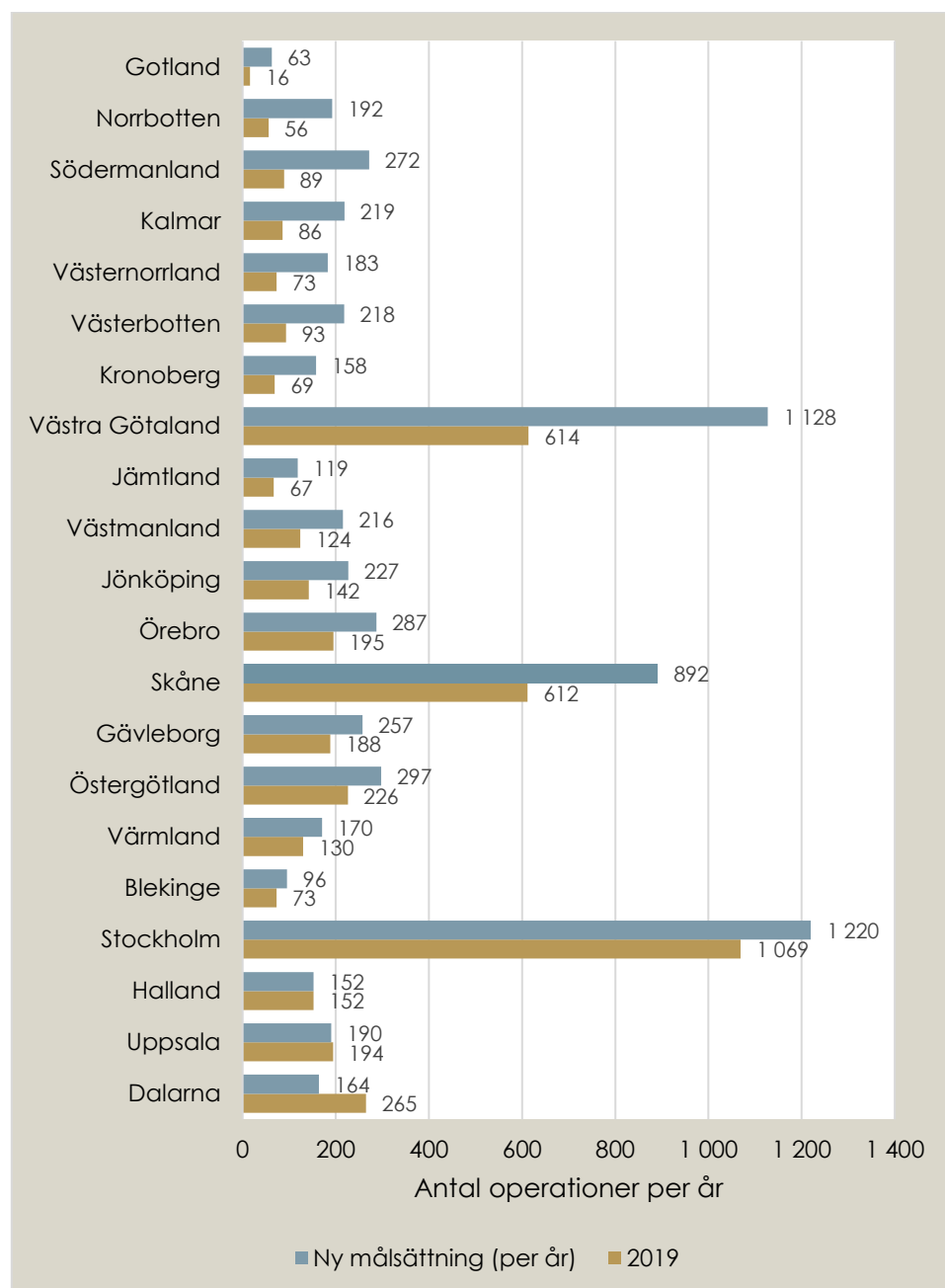
Tabell 1. Scenario: 15 % av alla med BMI \geq 35 i åldern 18–60 år får obesitaskirurgi de kommande 5 åren.

Resurser och kostnader	
Regionerna per år (kronor)	604 596 177
Antal operationer totalt under 5 år	33 589

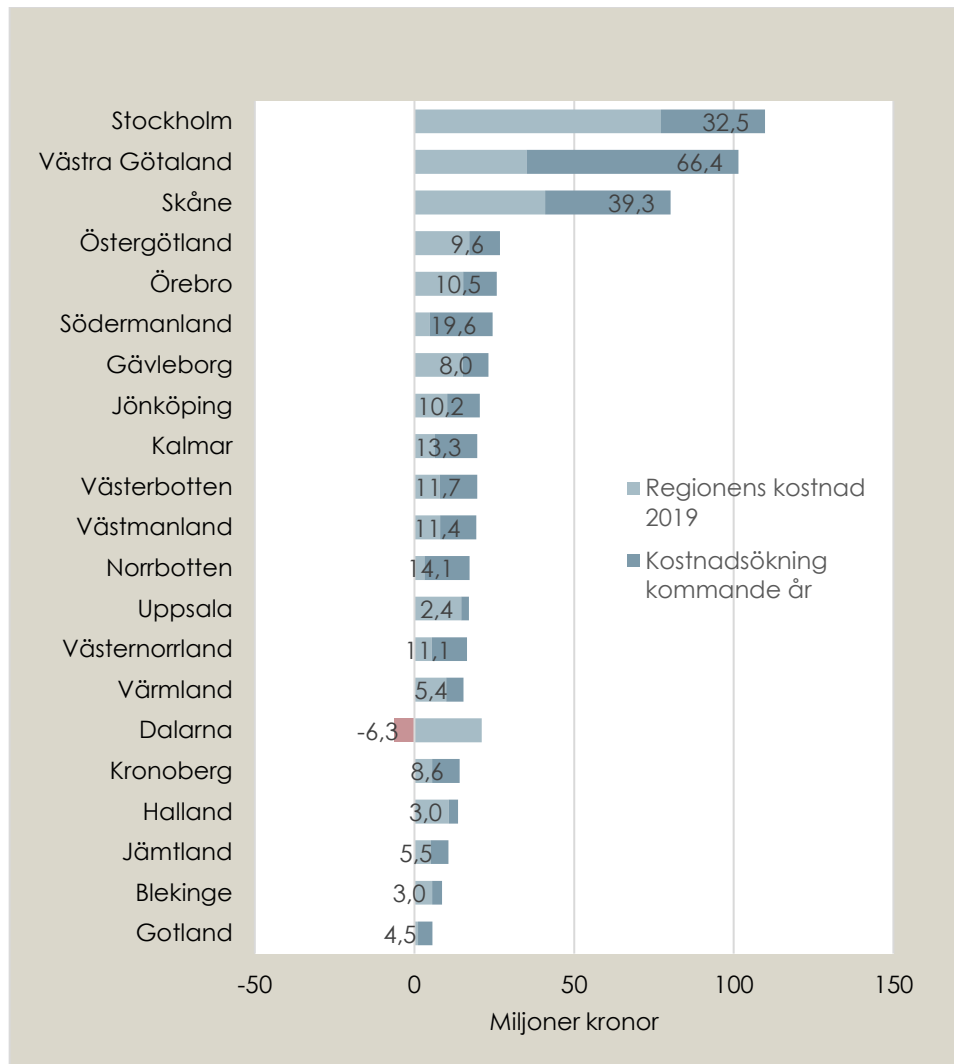
Figur 1. Volymökning i antal operationer jämfört med 2019. Förändring per region om 15 % av alla med BMI \geq 35 får obesitaskirurgi de kommande 5 åren.



Figur 2. Antal operationer 2019 och förväntat antal operationer per år från 2022. Data per region om 15 % av alla med BMI \geq 35 får obesitaskirurgi de kommande 5 åren.



Figur 3. Kostnader 2019 och kostnadsökning i miljoner kronor per region och år från 2022 och framåt, om 15 % av alla med BMI \geq 35 får obesitaskirurgi de kommande 5 åren. Kostnadsökningen inkluderar kostnadsansvar för samtliga operationer och att antalet operationer ökar.



Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Uppgifter från Folkhälsoenkäten i statistikdatabasen Folkhälsodata. Hämtad 2021-06-30 från http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__bFyshals__bbeFyshalsvikt/hlv1bmixreg.px/
2. Statistiska centralbyrån (SCB). SCB statistikdatabasen. Uppgifter om total folkmängd per ålder från Statistikdatabasen. Hämtad 2021-08-17 från <http://www.statistikdatabasen.scb.se>
3. Folkhälsomyndigheten. Uppgifter från enkäten Skolbarns hälsovanor statistikdatabasen Folkhälsodata. Hämtad 2021-08-17 från http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/C_HBSC/C_HBSC__Halsa__Vikt/viktHBSC.px/table/tableViewLayout1/?rxid=a74abb53e-d504-45ab-b107-ec4418fc7e53
4. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma är vanligt och ökar med ålder hos 6-9 åringar. Faktabladd. Hämtad 2021-08-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/sok/?q=cosi>
5. Region Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Folkhälsokollen övervikt och fetma 4-åringar. Hämtad 2021-09-24 från <https://www.folkhalsokollen.se/webbverktyg/?id=138425>
6. Socialstyrelsen. Patientregistret i Statistikdatabasen. Hämtad 2021-08-17 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx
7. Barnobesitasregister i Sverige (BORIS). BORIS: årsrapport 2020. Hämtad 2022-04-12 från <http://www.e-boris.se/wp-content/uploads/2021/10/BORIS-%C3%A5rsrapport-2020-.pdf>
8. Läkemedelsregistret. Beräkningar för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för obesitas utifrån Socialstyrelsens läkemedelsregister. Statistikdatabas för läkemedel: Socialstyrelsen; 2021.
9. Liraglutid (Saxenda) vid övervikt/fetma. Janusinfo Region Stockholm; 2018.
10. Naltrexon/bupropion (Mysimba) vid övervikt/fetma. Janusinfo Region Stockholm; 2018.
11. Folkhälsomyndigheten. Beräkningar för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid obesitas utifrån Folkhälsoenkäterna 2018 och 2020. (Allmän redovisning av ett urval av uppgifter i Folkhälsoenkäten kan laddas ned från Folkhälsodata). Hämtad 2021 från http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__bFyshals__bbeFyshalsvikt/hlv1bmixreg.px/
12. 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=>