

# Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Stöd för styrning och ledning  
2022

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

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

Omslagfoto Mostphotos AB  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://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/nationellariktklinjer](https://socialstyrelsen.se/nationellariktklinjer)). 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 följsjukdomar 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](https://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/nationellariklinjer](https://socialstyrelsen.se/nationellariklinjer).

# 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/nationellariklinjer](https://socialstyrelsen.se/nationellariklinjer).

## 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](https://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 välbefinnande. I vården vid obesitas är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällsrelaterade 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.<sup>1</sup> Risken att dö i förtid ökar, liksom risken för flera allvarliga följsjukdomar, 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<sup>2</sup> 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 viktningång.

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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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, neuro-psykiatriska funktionsnedsättningar (såsom adhd och autism), fysiska funktionsnedsättningar och svåra psykiska sjukdomar.

I både Sverige och övriga Europa är obesitas också kraftigt över-representat 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 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) [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.<sup>3</sup> 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].

---

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>
- 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
 <b>Inledning</b> (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
 <b>Rekommendationer till hälso- och sjukvården</b>	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i> )
 <b>Så har vi prioriterat</b>	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
 <b>Så påverkas hälso- och sjukvården</b>	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
 <b>Så utvärderar vi vården</b>	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

<sup>4</sup> 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](https://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 följsjukdomar 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.<sup>5</sup> 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.

<sup>5</sup> 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 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 [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, följsjukdomar 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.<sup>6</sup>

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.

<sup>6</sup> 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 levnadsvanebehandling*. 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 följd-sjukdomar, 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.<sup>7</sup> 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 hälso-relaterade 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

<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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*.

<sup>8</sup> 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<sup>9</sup> 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 viktneidgången.

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 allvarigare biverkningar på sikt, om patienterna inte följer rekommendationerna om vitamin- och kosttillskott.

---

<sup>9</sup> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq 35</math></li> </ul>	2
14		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är barn i åldern 15–17 år</li> <li>• har BMI <math>\geq 35</math></li> </ul>	3
16		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI 30–35</li> </ul>	3
19	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq 35</math></li> </ul>	3
20	BPD/DS (biliopankreatisk diversion med duodenal switch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq 50</math></li> </ul>	5
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud operationen ...	till personer med obesitas som ...	Prioritet
15	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är barn i åldern 15–17 år</li> <li>• har BMI <math>\geq 35</math></li> </ul>	FoU
17		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI 30–35</li> </ul>	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 levnads-vanebehandling (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 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*).

➔ **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  $\geq 35$  per 100 000 i befolkningen som genomgått gastric bypass-operation (indikator 2.6)
- andelen barn i åldern 15–17 år med BMI  $\geq 35$  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  $\geq 35$  som genomgått gastric bypass-operation eller sleeve-gastrektomi i förhållande till samtliga obesitasoperationer (indikator 3.6)
- andelen vuxna med BMI  $\geq 35$  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  $\geq 35$  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 obekvämt 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 kompensande 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](https://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*<sup>10</sup> [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]

<sup>10</sup> 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](http://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](http://kunskapsguiden.se/obesitas)
- Socialstyrelsens webbplats: [socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/placerade-barn-och-unga/hvb](http://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 Jarroff	projektledare (t.o.m. oktober 2021), Socialstyrelsen
Kajsa Järholm	faktaansvarig, docent i psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Paulina Nowicka	faktaansvarig, professor i kostvetenskap, Uppsala universitet, docent i pediatrik 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 akademien, 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 pediatrik 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 dietistenheter 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 Klintonberg	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, Nolltorp vårdcentral, Rehab och UPH – Ungas psykiska hälsa, Alingsås
Ilias Papoulias	överläkare, leg. psykiater, leg. psykoterapeut, medicinskt ledningsansvarig, Ätstörningsvården, Psykiatri Halland
Maren Schuldt	leg. sjukgymnast, Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm
Anna Segerström	(f.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, mödrhälsövården, Oskarshamn, Region Kalmar
Cassandra Sääf	patientföreträdare (f.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, generalsekreterare, 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, forskningsplattform-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 Järholm	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/>. Regeringskansliet
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 - Behovsanlys 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 rikttet, 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<sup>11</sup>
- kirurgi.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, [socialstyrelsen.se/nationellariklinjer](https://socialstyrelsen.se/nationellariklinjer). 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

<sup>11</sup> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	2
14		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är barn i åldern 15–17 år</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	3
16		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI 30–35</li> </ul>	3
19	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	3
20	BPD/DS (biliopankreatisk diversion med duodenal switch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 50</li> </ul>	5
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud operationen ...	till personer med obesitas som ...	Prioritet
15	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är barn i åldern 15–17 år</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	FoU
17		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI 30–35</li> </ul>	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](https://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 $\geq 35$	2, 14
2.7*	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI $\geq 35$	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 $\geq 35$	2, 18, 19
3.7	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI $\geq 35$	3, 18
3.8	Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI $\geq 35$	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	Rekommendationens 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/nationellariklinjer](https://socialstyrelsen.se/nationellariklinjer).