

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer
2023

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

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

ISBN 978-91-7555-603-1
Artikelnummer 2023-4-8460

Omslagfoto Mostphotos AB
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2023

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid obesitas. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Vissa rekommendationer kan också vara aktuella för dig som beslutar om tandvård.

Använd riktlinjerna som underlag för öppna och systematiska prioriteringar: Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade rekommendationer än till lågt prioriterade.

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

Socialstyrelsen samverkar med regionernas nationella system för kunskapsstyrning i arbetet med nationella riktlinjer, inklusive aktuella nationella programområden (NPO). Den första versionen av riktlinjerna för vård vid obesitas publicerades 2022. Sjukvårdsregioner, intresse- och yrkesorganisationer med flera lämnade värdefulla synpunkter, som vi har tagit hänsyn till i denna version. Vi har också bland annat lagt till en rekommendation om kombinerad levnadsvanebehandling för personer över 70 år.

Vi kommer att uppdatera riktlinjerna om fler obesitasläkemedel inkluderas i den statliga läkemedelsförmånen, så att vi kan ge fler rekommendationer om läkemedelsbehandling. I övrigt ser vi regelbundet över kunskapsläget.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Viktigt med tidig upptäckt och sammanhållen vård.....	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
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare.....	9
Fokus på områden med stor förbättringspotential.....	10
Rekommendationer med olika prioritet.....	10
Socialstyrelsen utvärderar vården med hjälp av indikatorer och målnivåer	12
Hänsyn till barns rättigheter	12
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 vård.....	19
Sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning	19
Kompetensutveckling.....	22
Kombinerad levnadsvanebehandling.....	23
Läkemedelsbehandling	26
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.....	42
Referenser	46
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer	51
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	56
Bilaga 3. Versionshistorik	59
Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben.....	60

Sammanfattning

Obesitas är en komplex, kronisk sjukdom som försämrar människors livskvalitet. Den ökar också risken för andra allvarliga sjukdomar. Cirka 1,3 miljoner vuxna och 80 000 barn i Sverige har obesitas. Sjukdomen blir allt vanligare, framför allt i socioekonomiskt utsatta grupper.

Personer med obesitas behöver kvalificerad vård och ett respektfullt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal. Regionerna behöver avsätta mer resurser till vård för barn och vuxna med obesitas de kommande åren.

Viktigt med tidig upptäckt och sammanhållen vård

Barn och vuxna med obesitas behöver en sammanhållen hälso- och sjukvård, från tidig upptäckt och utredning till behandling och uppföljning. Tidiga insatser är viktiga för att hindra fortsatt viktuppgång, som ökar risken för följsjukdomar och kan försvåra behandlingen. Eftersom obesitas är en kronisk sjukdom krävs också lång uppföljning, ofta livslång, och nya insatser vid behov.

Du som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården behöver se till att insatserna hålls ihop och är kontinuerliga. För detta krävs samverkan mellan den regionala hälso- och sjukvården och andra aktörer, till exempel elevhälsans medicinska insats, annan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Samverkan är extra viktigt när personer med obesitas 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 i sig. Även till exempel stolar och britsar som inte klarar patientens vikt blir stigmatiserande. Därför behövs mer kunskap och anpassade lokaler med rätt utrustning. Som beslutsfattare i hälso- och sjukvården behöver du erbjuda kompetensutveckling till all personal, för att säkerställa både kunskapsbaserad vård och vårdbesök som är fria från stigmatisering.

Obesitas går att behandla

Många som söker vård för obesitas har själva provat olika sätt att gå ner i vikt. Ofta saknas då ett fokus på helhet och hälsa, och effekten har uteblivit eller till och med inneburit negativa biverkningar. Även i hälso- och sjukvården kan obesitas vara svårbehandlat, och patienter kan behöva pröva

flera olika behandlingar. Därför behöver alla regioner kunna erbjuda både kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling och kirurgi. Högst prioriterat är

- anpassad kombinerad levnadsvanebehandling för personer med behov av särskilt stöd
- operationen gastric bypass för vuxna med BMI från 35.

Vården behöver bli mer jämlik

Det finns stora skillnader i obesitasvården i Sverige. Vissa regioner har till exempel 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.

Patienter står själva för stora kostnader, och många får inte tillgång till den behandling de skulle behöva. Till exempel behöver mångdubbelt fler få offentligt finansierad 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. I riktlinjepaketet ingår också indikatorer för uppföljning. Med hjälp av dem kommer vi att utvärdera hur regionerna och kommunerna följer riktlinjerna.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer gäller vård för barn och vuxna med obesitas. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att satsa på. Det här dokumentet – *Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer* – innehåller följande delar:

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

Denna version ersätter riktlinjerna från 2022.

➔ **Läs mer:** *Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar, bland annat en detaljerad översikt av rekommendationerna (*Rekommendationslista i Excelformat*), kunskapsunderlaget för samtliga 20 rekommendationer och för läkemedel utanför den statliga läkemedelsförmånen samt rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*. Se socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/obesitas.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser 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 efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

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 utöver riktlinjerna behöver du ta hänsyn till lagar och regler, individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella kunskap.

Fokus på områden med stor förbättringspotential

Riktlinjerna tar upp ett urval av relevanta frågor för beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader eller områden som kräver kvalitetsutveckling.

Enbart insatser 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 *Kunskapsunderlag*).

Vidare ger vi enbart rekommendationer om vård vid sjukdomen obesitas. Vi ger inga rekommendationer om att förebygga övervikt och obesitas, eller om obesitas i kombination med andra sjukdomar. Sådana rekommendationer finns i andra riktlinjer och kunskapsstöd (se kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*).

De flesta rekommendationer gäller vård vid obesitas oavsett BMI. Detta eftersom fler faktorer än BMI påverkar sjukdomens svårighetsgrad. En rekommendation inkluderar därmed ofta en stor patientgrupp, och inom denna grupp bör hälso- och sjukvården generellt prioritera patienterna med störst behov.

Vissa av insatserna behöver utföras i den specialiserade vården, men rekommendationerna är i regel riktade till hälso- och sjukvården generellt.

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

Rekommendationer med olika prioritet

Samhällets resurser räcker inte till alla insatser. Därför ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet. Vi ger tre typer av rekommendationer (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som hälso- och sjukvården bör erbjuda, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap. I dessa riktlinjer för vård vid obesitas ingår dock inga FoU-rekommendationer.
Icke-göra	Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga. I dessa riktlinjer för vård vid obesitas ingår dock inga icke-göra-rekommendationer.

Effektiva insatser vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika insatserna, enligt forskning och erfarenhet hos experter – den bästa tillgängliga kunskapen.

Högst prioriterar vi de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden. Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken att dö i förtid eller att få ytterligare sjukdom, funktionsnedsättning eller sänkt livskvalitet. När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden. Vi gör framför allt hälsoekonomiska analyser för de insatser som genererar en stor kostnad.

När vi prioriterar insatser för patienter med obesitas utgår vi så långt som möjligt från insatsernas effekt på

- patienternas BMI¹ – eftersom det är kopplat till behandlingens medicinska effekter
- patienternas hälsorelaterade livskvalitet – eftersom effekter på funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning är viktiga.

Det övergripande syftet för vården vid obesitas är att främja hälsa och minska ohälsa på kort och lång sikt.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet 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:** I webbilagan *Metodbeskrivning* beskriver vi metoden för prioriteringsprocessen mer i detalj. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/obesitas.

¹ För barn utgår vi från iso-BMI, som även tar hänsyn till ålder och kön.

Socialstyrelsen utvärderar vården med hjälp av indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i verksamheterna. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen pekar på förbättringsområden, och kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingen utgår från indikatorerna i dessa riktlinjer, men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården. Som beslutsfattare kan du också 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 kan även fastställa 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 [2].

→ Läs mer:

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna för vård vid obesitas, och en beskrivning av hur de tas fram.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas* på Socialstyrelsens webbplats – se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/obesitas.

→ Kommande publiceringar:

- Socialstyrelsen planerar att utvärdera vården vid obesitas de närmaste åren.
- När vi utvärderar vården vid obesitas kommer vi också att utreda förutsättningarna för att ta fram nationella målnivåer. Om detta blir aktuellt publiceras målnivåerna i en separat rapport.

Hänsyn till barns rättigheter

Barnkonventionen gäller som svensk lag, och dess principer uttrycks i flera svenska författningar, bland annat i patientlagen. Där finns till exempel bestämmelser om barnets bästa, rätten till information och betydelsen av ett barns inställning till vård och behandling.

Barnperspektivet har genomsyrat arbetet med obesitasriktlinjerna. Barn med obesitas har till exempel fått framföra åsikter och erfarenheter av hälso- och sjukvården i en chatt och en webbenkät, som Socialstyrelsen genomförde tillsammans med patientorganisationen HOBS. Experter med dokumenterad barnkompetens har också deltagit i alla delar av riktlinjearbetet. Experterna har erfarenhet från olika verksamheter där barn med obesitas kan få vård, till

exempel elevhälsans medicinska insats, barnhälsovården, vårdcentraler och barnobesitasmottagningar.

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

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar obesitas som ”onormal eller överdriven ansamling av fettväv som utgör en risk för hälsan” [4]. Personer med kroppsmasseindex (BMI) från 30 har obesitas, enligt WHO.² Sjukdomen försämrar livskvaliteten och ökar risken att dö i förtid. Även risken för andra allvarliga sjukdomar ökar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2, depression, leversteatos och flera cancerformer [4-6].

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), men det finns regionala skillnader [7]. Förekomsten ökar med åldern. Andelen personer med obesitas i Sverige har dessutom ökat kraftigt sedan 1980-talet – bland vuxna har den tredubblats [8]. Även andelen gravida med obesitas har ökat [9].

Obesitas beror på en långvarig obalans i energiintaget: personer med obesitas får i sig mer energi än vad de förbrukar [4, 10]. Detta har i sin tur ofta komplexa orsaker [11]. Personliga förutsättningar som genetik, psykisk hälsa och levnadsvillkor spelar in, liksom faktorer i kulturen och samhället, som tillgång till energirik mat [10, 14, 15]. Sjukdomen är kronisk, och vikten varierar ofta över tid.

Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande. I dessa riktlinjer använder vi genomgående ordet obesitas, med hänsyn till önskemål från både yrkesverksamma och patienter.

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

Obesitas är överrepresenterat i flera grupper

Obesitas är vanligare hos män än hos kvinnor, och även vanligare hos äldre vuxna än hos yngre. Sjukdomen har också en stark ärftlig komponent [16]. Vidare är obesitas överrepresenterat hos bland annat personer med intellektuella funktionsnedsättningar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (såsom adhd och autism), hetsättningsstörning, fysiska funktionsnedsättningar och svåra psykiska sjukdomar.

I både Sverige och övriga Europa är obesitas dessutom kraftigt överrepresenterat i socioekonomiskt utsatta grupper [17], och det är främst i dessa grupper som förekomsten av obesitas ökar. Det finns många möjliga orsaker till denna ojämlikhet. Sådant som ekonomiska svårigheter och en stressande livssituation kan till exempel göra det svårare att tillämpa hälsosamma

² Gränsen för vilket BMI som räknas som obesitas varierar mellan olika folkgrupper, på grund av skillnader i risk för ohälsa vid högt BMI.

levnadsvanor. Barn är särskilt utsatta, eftersom de styr mindre över sina matvanor och fritidsaktiviteter än vuxna [18].

➔ **Läs mer** i rapporten *Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity* från WHO [18].

Vården vid obesitas – status och utveckling

Vanligt med stigmatisering och okunnigt bemötande

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 [19-21].

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. Elever med obesitas slutför också grundskolan och gymnasiet i lägre utsträckning än jämnåriga [22, 23]. Vuxna med obesitas kan diskrimineras både vid rekrytering till arbete och som anställda [20].

Många patienter har också bemötts på ett okunnigt eller nedlåtande sätt i hälso- och sjukvården [24]. Personal kan utgå från att patienterna har sig själva att skylla och borde ta tag i sina ”problem” – i stället för att informera om att obesitas är en sjukdom som oftast kräver professionell hjälp. Dessutom förekommer det att vårdgivare ställer krav på ett högsta tillåtna BMI för olika typer av behandling, utan att göra individuella bedömningar av risk och nytta. Det gäller till exempel personer som vill få tillgång till IVF-behandling, transplantation och olika ortopediska ingrepp.

Stigmatiseringen av personer med obesitas kan leda till låg självkänsla, depressiva symtom samt skuld- och skamkänslor. Den kan försämra livskvaliteten och leda till ytterligare viktuppgång [25]. Sjukdomen kan till exempel förvärras av att personer undviker att besöka hälso- och sjukvården eller får sämre vård [11]. Personer som upplevt diskriminering i hälso- och sjukvården kan även undvika vårdbesök för andra symtom och sjukdomar [26].

Viktigt med respektfull vård och tidiga insatser

För en välfungerande obesitasvård behöver hälso- och sjukvården vara fri från stigmatisering, på både organisationsnivå och individnivå [21] (se rutan *Respektfull obesitasvård*). I dag är obesitas underdiagnostiserat och underbehandlat, hos både barn och vuxna. Det är viktigt att patienterna får tidiga insatser och noggrann uppföljning. Det kan bromsa en viktökning, förbättra den fysiska och psykiska hälsan, och minska risken för fler sjukdomar och för tidig död [14, 27]. Barn med obesitas som inte får behandling har med stor sannolikhet obesitas även som vuxna [28, 29].

Patienterna kan behöva olika slags behandling och uppföljning under lång tid, och det är vanligt att behöva vård för flera sjukdomar samtidigt. Därför behöver olika verksamheter i hälso- och sjukvården samverka. Patienterna kan också behöva tillgång till en fast vårdkontakt, liksom andra patienter med kroniska sjukdomar [30].

Respektfull obesitasvård

En respektfull obesitasvård innebär bland annat att hälso- och sjukvårdspersonal

- har god kunskap om obesitas, sjukdomens orsaker och behandling
- fokuserar på hälsa och hälsorisker
- samtalar med vuxna, barn och vårdnadshavare om hälsa kopplat till vikt och obesitas, på ett tryggt och respektfullt sätt
- frågar om patienten vill vägas och mätas eller inte.

Dessutom behöver alla mottagningar ha lämplig utrustning, till exempel rätt typ av vågar, stolar och britsar.

→ **Läs mer:** I webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* finns uppgifter om hur många som får obesitasbehandling i dag.

Diagnos utifrån patientens vikt – men alltmer fokus på hälsorisker

Det är vanligast att ställa diagnosen obesitas med måttet BMI, i både Sverige och övriga världen. BMI baseras på förhållandet mellan längd och vikt: kroppsvikten delas med kroppslängden i kvadrat (kg/m^2). För barn över två år beräknas ett så kallat iso-BMI som även tar hänsyn till ålder och kön [15]. För detta krävs goda kunskaper i att tolka BMI-kurvor.

En brist med BMI är att måttet inte tar hänsyn till kroppssammansättning (andelen muskler, skelett, vatten och fett i kroppen). Dessutom saknas ett helhetsperspektiv på patientens hälsa. För att kunna föreslå lämpliga insatser behöver hälso- och sjukvårdspersonalen bedöma fysiologiska aspekter i kombination med bland annat psykiska aspekter och eventuella begränsningar i aktivitet eller delaktighet. De behöver ta hänsyn till olika typer av sjukdomsorsaker, samtida sjukdomar, följsjukdomar och livskvalitet.

Vården är ojämnt fördelad

Kunskapen om obesitas utvecklas snabbt, men vården behöver förbättras och bli mer jämlik. I dag finns regionala skillnader i diagnostik, utredning, behandling och uppföljning, för både barn och vuxna [31]. Några exempel:

- Insatserna från **elevhälsans medicinska insats** skiljer sig. En statlig utredning har bland annat uppmärksammat brister i det förebyggande, hälsofrämjande arbetet och brister i samverkan med andra aktörer [32].

- 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 [33].
- **Levnadsvanebehandlingen** skiljer sig mellan olika regioners primärvård, både i utbud och kvalitet [34].
- Förskrivningen av **läkemedel** mot obesitas skiljer sig, och enbart runt 1 procent av patienterna får läkemedelsbehandling [35].
- 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 [36].

Rapportering till register

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar vården vid obesitas med aktuella koder till Socialstyrelsens register och till nationella kvalitetsregister, då detta är en förutsättning för att kunna följa upp och utvärdera vårdens utveckling och kvalitet.

Det finns två kvalitetsregister för obesitasbehandlingen i Sverige: Barnobesitasregister i Sverige (BORIS) och Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg). I dag saknas dock 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.

Rekommendationerna är uppdelade i följande områden:

- sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning
- kompetensutveckling
- kombinerad levnadsvanebehandling
- läkemedelsbehandling³
- kirurgi.

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

Läshjälp: Varje rekommendationsområde består av fem textdelar:

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

→ Läs mer:

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av rekommendationerna ([bilagan Rekommendationslista i Excelformat](#)), kunskapsunderlaget för samtliga 20 rekommendationer och för läkemedel utanför den statliga

³ 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.

läkemedelsförmånen, ett hälsoekonomiskt underlag och en fördjupad konsekvensanalys. I kunskapsunderlaget presenteras alla studier som ligger till grund för rekommendationerna. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/obesitas.

- På Socialstyrelsens webbplats finns också rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas*.

Huvudbudskap:

Utbilda personal och erbjud mer vård

Många regioner saknar i dag 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. Vårdkedjan behöver även inkludera till exempel insatser från elevhälsans medicinska insats och insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). För detta krävs samverkan mellan regionerna och kommunerna.

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

Hälso- och sjukvården behöver också 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 i dag bekostas av patienterna själva.

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning

Barn och vuxna med obesitas behöver en sammanhållen hälso- och sjukvård, från tidig upptäckt och utredning till behandling och uppföljning.

All hälso- och sjukvårdspersonal bör till exempel kunna erbjuda vägning och mätning när det är lämpligt, för att kunna identifiera patienter med obesitas. Det är dock viktigt att adressera viktfrågan på ett respektfullt och icke-stigmatiserande sätt, och att respektera patientens önskemål om hen inte vill vägas eller mätas.

Patienter med obesitas bör sedan få utredning av hälso- och sjukvårdspersonal med god kunskap om sjukdomen. Utredningen blir ett underlag för vilka behandlingsalternativ som kan vara lämpliga, såsom [kombinerad levnadsvanebehandling](#), [läkemedelsbehandling](#) och [kirurgi](#).

Patienter som fått aktiv behandling för obesitas behöver också följas upp strukturerat och regelbundet under många år, ofta hela livet. En del kan följas

upp i primärvården medan andra behöver uppföljning i den specialiserade vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver alltid bedöma om patienten behöver ytterligare behandling, till exempel om hälsotillståndet har försämrats eller om patienten upplever en försämring av funktion, aktivitet eller delaktighet.

Ett lämpligt uppföljningsintervall kan vara minst en gång per år för patienter som till exempel har nått sina individuella behandlingsmål, men både intervallet och innehållet behöver anpassas till varje patients behov och behandling.

För en sammanhållen hälso- och sjukvård genom hela vårdkedjan krävs en multiprofessionell samverkan, både mellan och inom vårdnivåer. Detta kräver en tydlig ansvarsfördelning samt rutiner för kontaktvägar och informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Aktörerna behöver till exempel säkerställa att barn som fyller 18 år får fortsatt uppföljning i vuxensjukvården när de inte längre följs upp på en barnmedicinsk mottagning. Det behövs också rutiner för samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården, mellan obesitasvården och annan hälso- och sjukvård samt mellan regionala och kommunala verksamheter.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården:

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt 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 sammanhållen hälso- och sjukvård till barn och vuxna med obesitas.	2

Så har vi prioriterat



Alla de rekommenderade insatserna om sammanhållen hälso- och sjukvård kan ge stora hälsovinster för patienter med ett svårt hälsotillstånd, och har därför hög prioritet.

Med hjälp av vägning och mätning kan hälso- och sjukvårdspersonal upptäcka personer med obesitas tidigare, 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 upptäckt, förutsatt att personalen bemöter patienten respektfullt.

Efter en aktiv behandlingsinsats behövs en strukturerad uppföljning för att patienterna ska kunna

- behålla en god hälsa
- öka eller behålla sin hälsorelaterade livskvalitet
- behålla beteendeförändringar
- fortsätta gå ner i vikt eller behålla sin nya vikt
- få en ny bedömning och behandlingsinsats vid behov.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om en sammanhållen hälso- och sjukvård väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader under kommande år. Din region eller kommun behöver troligen avsätta mer resurser för att identifiera, utreda och följa upp barn eller vuxna med obesitas, även om det saknas tillförlitlig statistik för hur insatserna erbjuds i dag. Detta eftersom rekommendationerna berör en stor andel av befolkningen. På lång sikt kan dock satsningarna förväntas minska antalet följsjukdomar, så att kostnaderna minskar.



Primärvården (exempelvis vårdcentraler) behöver säkerställa resurser i form av 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. Även till exempel elevhälsans medicinska insats och barnhälsovården är centrala för att främja hälsa och identifiera ohälsa. Rätt utrustning och bra lokaler 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 din region eller kommun etablera tydliga roller och ansvar om det saknas, och förstärka de vårdkedjor som redan finns. Detta eftersom fler med obesitas än i dag kommer att upptäckas och erbjudas vård, och alla som får vård bör följas upp strukturerat under lång tid. Vuxna som har genomgått 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 [33]. Däremot har många mottagningar för barn redan goda rutiner för att väga och mäta sina patienter.

Din region eller kommun 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.

Ni kan underlätta arbetet genom att samordna det med det pågående omställningsarbetet mot god och nära vård, till exempel med implementeringen av fast läkarkontakt [30]. Med en fast läkarkontakt kan troligen fler patienter med obesitas upptäckas tidigt, tack vare en god patientrelation.

Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram fem indikatorer för att följa upp sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt 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 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 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 hela 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. Din region eller kommun 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)
- träning i bemötande för att inte stigmatisera patienter
- träning 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

➔ **Läs mer:** På kunskapsguiden.se/obesitas finns sammanfattande information om obesitas, som kan användas för kompetensutveckling.

Så har vi prioriterat



Obesitas är en sjukdom med en stor svårighetsgrad, och patienterna kan uppleva ett bättre bemötande när hälso- och sjukvårdspersonalen har fått kompetensutveckling. Det är en hörnsten i en välfungerande obesitasvård att all personal har god kunskap om sjukdomen och inte stigmatiserar patienterna. Kunskapen är också en förutsättning för att patienterna ska kunna få bästa möjliga vård. 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 erbjuda både grundläggande kompetensutveckling för all hälso- och sjukvårdspersonal och mer avancerad kompetensutveckling för till exempel specialiserade obesitas-team eller personal i primärvården som behandlar vuxna med obesitas. Kompetensutvecklingen behövs för personal i till exempel



- barnhälsovården
- elevhälsans medicinska insats
- primärvården
- särskilda boende- och vårdformer för äldre och för personer med funktionsnedsättningar
- de delar av den specialiserade vården som ofta möter personer med obesitas.

Stora personalgrupper berörs, exempelvis läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor, dietister och fysioterapeuter.

Kompetensutvecklingens format påverkar kostnaderna. Regioner och kommuner kan lämpligen erbjuda kompetensutvecklingen för de aktuella personalgrupperna tillsammans, eftersom det är så stora grupper som ska utbildas. Din region eller kommun kan också använda existerande regionala utbildningsprogram som startpunkt, och fråga patienter vilka behov de ser. Ni kan med fördel samordna kompetensutvecklingen med implementeringen av övriga rekommendationer i dessa nationella riktlinjer.

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 genomgått kompetenshöjande utbildning om obesitas (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* utifrån ett helhetsperspektiv på patientens behov. I behandlingen ingår

- individuell anpassning av kost och matvanor
- individuell anpassning av fysisk aktivitet och stillasittande
- individuellt stöd för att genomföra och upprätthålla de beteendeförändringar som behövs.⁴

⁴ Beteendeförändringar behöver inte alltid gälla både kost och fysisk aktivitet, och de kan även gälla andra beteenden, såsom sömn, stress och självreglering. Stödet kan till exempel inkludera strategier för problemlösning.

För barn och gravida syftar behandlingen till en hälsosam viktutveckling. Ju yngre ett barn är, desto mer av behandlingen riktas vanligtvis till vårdnadshavarna. För vuxna som inte är gravida är syftet en förbättrad hälsa genom viktminskning.

Behandlingen bör följa en strukturerad och evidensbaserad metod (se studierna i webbilagan *Kunskapsunderlag* för exempel). Den kan genomföras vid fysiska besök eller på distans, individuellt eller i grupp, och ha olika intensitet.

Personer med behov av särskilt stöd, till exempel på grund av en 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 (inklusive habiliteringen, rehabiliteringsverksamheter och psykiatrin) behöver också samverka med den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring behandlingen.

Ju äldre patienter, desto viktigare blir en individuell bedömning av risk och nytta inför kombinerad levnadsvanebehandling, eftersom viktnedgång kan ha negativa effekter för äldre. Behandlaren behöver bland annat säkerställa att patienten får i sig tillräckligt mycket protein, och anpassa den fysiska träningen för att bevara så mycket muskelmassa som möjligt.

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 under 70 år, även gravida	4
12	vuxna från 70 år	6

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har utbildningsmaterial om anpassad kommunikation för personer som behöver särskilt stöd. Se utbildningen *AKK som kommunikationsstöd* på utbildning.socialstyrelsen.se. Se också arbetshäftet *AKK som kommunikationsstöd – basutbildning* [37].

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, och det finns risk för både stort lidande och höga kostnader för samhället om barn med

obesitas inte får behandling. För vissa barn kan dock läkemedel (från 12 år) eller kirurgi (från 15 år) ge större effekt på vikt och hälsa.

För vuxna har kombinerad levnadsvanebehandling något lägre prioritet än för barn. Effekten är liten, och patienterna kan ha större nytta av till exempel läkemedel eller kirurgi. Lägst prioritet har behandlingen för personer från 70 år. Deras hälsotillstånd bedöms vara lindrigare än övriga vuxnas, och behandlingen kan ge biverkningar för de äldre.

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. Här ger vi tre räkneexempel på nationell nivå, som du som beslutsfattare kan utgå från när du planerar resurser för kombinerad levnadsvanebehandling.



Exempel 1: barn 4–6 år

- **Antal aktuella barn:** cirka 12 000
- **Behandlingsform:** gruppbehandling med vårdnadshavare till 7 barn per grupp
- **Personalkostnad per barn:** cirka 1 700–1 900 kronor per år
- **Regionernas totala personalkostnad:** cirka 17–20 miljoner kronor de kommande åren, om 90 procent av barnen erbjuds behandlingen.

Exempel 2: barn 7–17 år

- **Antal aktuella barn:** cirka 69 000
- **Behandlingsform:** gruppbehandling med både gemensamma och separata träffar för barn och vårdnadshavare, med 10 eller 20 barn per grupp
- **Personalkostnad per barn:**
 - med 10 barn per grupp: cirka 2 400 kronor per år
 - med 20 barn per grupp: cirka 1 200 kronor per år
- **Regionernas totala personalkostnad:**
 - med 10 barn per grupp: cirka 50 miljoner kronor per år under en treårsperiod, om 90 procent av barnen erbjuds behandlingen
 - med 20 barn per grupp: cirka 25 miljoner kronor per år under en treårsperiod, om 90 procent av barnen erbjuds behandlingen.

Exempel 3: vuxna

- **Antal aktuella vuxna:** över 1 miljon
- **Behandlingsform:**
 - år 1: främst gruppträffar med 15 vuxna per grupp
 - år 2–4: främst individuella träffar
- **Personalkostnad per vuxen patient:** cirka 14 000 kronor för hela behandlingen
- **Regionernas totala personalkostnad:** cirka 460 miljoner kronor per år efter en uppbyggnadsfas på cirka 3 år, om hälften av alla vuxna med obesitas erbjuds behandlingen.

Om din region redan erbjuder kombinerad levnadsvanebehandling behöver ni avsätta mindre resurser för att minska gapet.

→ **Läs mer:** De tre räkneexemplen beskrivs närmare i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys*.

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. Behandlingen syftar till att främja hälsa genom viktnedgång. Den kan vara aktuell för personer med obesitas och

- BMI över 35
- följsjukdomar eller andra samtidiga sjukdomar
- ökade hälsorisker av andra skäl, där viktnedgång är nödvändig.

Behandlingen kan också vara aktuell för personer som inte kan gå igenom obesitaskirurgi eller som ökar i vikt efter kirurgi.

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. 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 insatser (se kapitlet *Om de nationella riktlinjerna*, avsnittet *Fokus på områden med stor förbättringspotential*). Samtidigt ser vi det som önskvärt att kunna rekommendera fler typer av läkemedelsbehandling framöver. För att främja en god och jämlik vård över landet kommer vi därför att uppdatera riktlinjerna om något ytterligare läkemedel inkluderas i den statliga läkemedelsförmånen.

Läkare 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.

Läkemedlen liraglutid, naltrexon/bupropion och semaglutid har inga prioritetssiffror i dessa riktlinjer, men vi beskriver dem eftersom kunskapen behöver öka. För vuxna ger semaglutid störst viktminskning av de godkända läkemedlen, följt av liraglutid, naltrexon/bupropion och orlistat, efter cirka ett års behandling. Förutom att påverka vikten kan liraglutid och naltrexon/bupropion även minska blodfetterna, och alla aptitreglerande läkemedel kan ge en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet.

Enbart liraglutid är godkänt för barn, i åldern 12–17 år. För dessa barn ger liraglutid som tillägg till levnadsvanebehandling en signifikant större viktminskning efter ett år, jämfört med kontrollgrupper som fått levnadsvanebehandling och placebo.

➔ **Läs mer** i webbilagan *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

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 [38], 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. Hälso- och sjukvårdens merkostnad blir dock marginell, eftersom läkemedlet är billigt och 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 [38]. 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. Semaglutid säljs ännu inte i Sverige, i den form som är godkänd för obesitasbehandling (Wegovy).

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 [39], och naltrexon/bupropion knappt 6 500 kronor [40]. Det lägre uttaget kan bero på att läkare ofta rekommenderar patienterna att trappa upp stegvis från den lägsta dosen, tills de når önskad effekt. 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. Detta villkor gäller dock inte semaglutid.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp läkemedelsbehandling som tillägg till levnadsvanebehandling vid obesitas.⁵ 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*.

Kirurgi

Obesitaskirurgi⁶ syftar till att främja hälsa genom viktnedgång, och kan vara aktuellt för

- vuxna med BMI från 35
- vuxna med BMI från 30 som samtidigt har allvarlig obesitasrelaterad sjukdom – till exempel diabetes typ 2, sömnapné syndrom, leversteatos eller kraftigt inskränkt rörelseförmåga
- barn i åldern 15–17 år med BMI från 35 som inte får tillräcklig effekt av annan behandling.

⁵ 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.

⁶ Kallas även bariatrisk kirurgi eller metabol kirurgi.

Obesitaskirurgi kan också ha positiv effekt vid till exempel polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS) och ofrivillig barnlöshet. För äldre med obesitas kan kirurgi till exempel vara aktuellt inför proteskirurgi.

I Sverige används framför allt två operationsmetoder:

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

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

Operationerna är omfattande och föregås av en individuell läkarbedömning. Barn (15–17 år) får en extra noggrann utredning på ett specialiserat barnobesitascentrum. De får också en helhetsbedömning via *Svensk interdisciplinär samrådsgrupp för ungdomar (SISU-Obesitas)*.

Operationerna kräver noggrann uppföljning under lång tid. Få patienter får numera allvarliga komplikationer, men patienterna behöver anpassa sina levnadsvanor och ta vitamin- och mineraltillskott resten av livet. Dessutom behöver en stor del operera bort överskottshud till följd av den stora viktnedgången.

Personer mellan 15 och 25 år behöver särskilt sammanhållen specialiserad vård under en längre tid efter en operation. Därefter kan de följas upp och eventuellt få nya insatser i primärvården för vuxna, om det finns tillgång till ett specialiserat team vid behov. De som har gått igenom en BPD/DS-operation behöver oftast livslång uppföljning av ett specialiserat team, eftersom operationen riskerar att ge allvarligare biverkningar på sikt.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården:

Kirurgi

Id	Erbjud operationen ...	fill vuxna med obesitas som ...	Prioritet
18	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI \geq 35 • är aktuella för obesitaskirurgi 	2
16		<ul style="list-style-type: none"> • har BMI 30–35 • har allvarlig obesitasrelaterad sjukdom • är aktuella för obesitaskirurgi 	3
19	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI \geq 35 • är aktuella för obesitaskirurgi 	3
17		<ul style="list-style-type: none"> • har BMI 30–35 • har allvarlig obesitasrelaterad sjukdom • är aktuella för obesitaskirurgi 	5
20	BPD/DS (biliopankreatisk diversion med duodenal switch)	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI \geq 50 • är aktuella för mer omfattande obesitaskirurgi 	5

Id	Erbjud operationen ...	till barn i åldern 15–17 år med obesitas som ...	Prioritet
14	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI ≥ 35 • är aktuella för obesitaskirurgi efter bedömning på specialiserat centrum 	3
15	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI ≥ 35 • är aktuella för obesitaskirurgi efter bedömning på specialiserat centrum 	6

Så har vi prioriterat



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 mycket större effekt på viktning än icke-kirurgisk obesitasbehandling. Sannolikheten ökar också för att tillfriskna från diabetes typ 2. Gastric bypass medför en liten risk för komplikationer i samband med operationen och det finns risk för biverkningar på längre sikt, exempelvis olika bristtillstånd.

Operationen sleeve-gastrektomi har lägre prioritet än gastric bypass för alla de aktuella patientgrupperna. Den har något mindre effekt på viktning, troligen mindre effekt på till exempel diabetes typ 2 och osäkrare långsiktiga effekter. Det finns också kända biverkningar, såsom refluxsjukdom (sura uppstötningar).

För vuxna med BMI över 50 har operationen BPD/DS större effekt på vikten än gastric bypass. Risken är dock större för allvarliga komplikationer och biverkningar på sikt. BPD/DS har därför lägre prioritet än övriga operationer för vuxna 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 kirurgen, 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. Kostnadsökningen för din region beror dock på hur många operationer ni gör i dag, hur stor del av

befolkningen som har obesitas och hur stor del av operationerna som finansieras av patienterna själva [36].

Hälsovinster efter obesitaskirurgi kan samtidigt minska andra vårdkostnader något på lång sikt, men Socialstyrelsen bedömer att besparingarna kan vara mindre än vad tidigare 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*).

Vidare erbjuds endast ett fåtal barn (15–17 år) obesitaskirurgi i Sverige i dag, och de flesta bor i storstadsregioner. Regionerna behöver samarbeta nationellt för att vården ska bli mer jämlik.

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

Så utvärderar vi vården

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

- antal barn i åldern 15–17 år med BMI ≥ 35 per 100 000 i befolkningen som genomgått gastric bypass-operation (indikator 2.6)
- andelen barn i åldern 15–17 år med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 2.7)
- antal vuxna per 100 000 i befolkningen som genomgått gastric bypass-operation eller sleeve-gastrektomi (indikator 3.5)
- andelen vuxna med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation eller sleeve-gastrektomi i förhållande till samtliga obesitasoperationer (indikator 3.6)
- andelen vuxna med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation och minskat sin tidigare överskottsvikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 3.7)
- andelen vuxna med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 3.8)
- andelen vuxna med BMI 30–35 som genomgått gastric bypass-operation i förhållande till samtliga obesitasoperationer (indikator 3.9)
- andelen vuxna med BMI 30–35 som genomgått gastric bypass-operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operationen (indikator 3.10).

Fler relevanta indikatorer:

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

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



Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård

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

→ **Läs mer** i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [41], 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 [41]. 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 insatser erbjuder vi, och vilka saknas? Registrerar vi insatserna på rätt sätt?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder i dag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka insatser är viktigast att införa eller avveckla snabbt?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Att patienter har obesitas länge utan att få behandling, och därmed får sämre hälsa och livskvalitet.
- 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?
 - Får de patienter som behöver det en fast vårdkontakt eller en fast läkarkontakt?

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 insatser och patientgrupper i det dagliga vårdarbetet, och vilka patienter som ska remitteras till en annan verksamhet
- börjar samarbeta mer med till exempel socialtjänsten eller tandvården
- ser över kraven för viss vård, så att de inte diskriminerar personer med obesitas
- inför nya insatser och avvecklar 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 på lång sikt genom att upptäcka och behandla fler patienter tidigt, eftersom det minskar risken för följsjukdomar.

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 rekommendationer 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 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 [42], 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 [36]. 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.

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 [43, 44]. 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*).

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 [43]. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande insatser 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. Insatser som riktar sig till risktillstånd har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än insatser 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 [45]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling [46]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

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

Kompletterande kunskapsstöd

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

Vårdprogram

De nationella programområdena för barns och ungdomars hälsa respektive endokrina sjukdomar arbetar med att ta fram vårdprogram för obesitas-behandling för barn respektive vuxna, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna.

Kunskapsstöd 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 [47].

→ Läs mer på

- kunskapsguiden.se/obesitas
- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/placerade-barn-och-unga/hvb – med länkar till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19) [47] och till rapporten *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov* [48]
- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barnets-rattigheter-och-barnkonventionen – stöd för arbetet med barns rättigheter.

Kunskapsstöd för personal som möter personer över 70 år med obesitas

På webbplatsen Kunskapsguiden finns flera temaområden om hälsa hos äldre, för dig som möter äldre i hälso- och sjukvården (även tandvården) eller socialtjänsten. Du får bland annat stöd för att minska risken för fallolyckor.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/fallolyckor.

Kunskapsstöd för att främja hälsa och 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 [49].

Socialstyrelsen ger rekommendationer om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för personer med till exempel ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet 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*.

Mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insats har också viktiga hälsofrämjande uppdrag. De är dessutom centrala för att tidigt upptäcka barn med obesitas, till exempel med hjälp av tillväxtkurvor.

Hälso- och sjukvården kan dock inte ensam arbeta med att förebygga obesitas. Insatser behövs i hela samhället för att förändra exempelvis miljöfaktorer som kan bidra till obesitas. Det kan handla om att bygga säkra gång- och cykelbanor för att främja fysisk aktivitet, reglera varor och tjänster kopplade till mat eller fysisk aktivitet, informera och utbilda med mera.

→ **Läs mer:**

- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [50] (uppdateras 2024)
- *Nordiska näringsrekommendationer*⁷ [51]
- *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande* [52]
- *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)* [53]
- *Vägledning för barnhälsovården* [54]
- *Rikshandboken Barnhälsovård* [55]
- *Vägledning för elevhälsan* [56]
- *Graviditet, förlossning och tiden efter* [57].

⁷ Livsmedelsverket planerar att publicera en uppdaterad version under 2023.

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 om flera av de sjukdomar och funktionsnedsättningar som är överrepresenterade hos personer med obesitas.

Adhd och autism

Obesitas är vanligare hos personer med adhd eller autism än hos den övriga befolkningen. Eftersom Socialstyrelsen rekommenderar särskilt anpassad kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas och behov av särskilt stöd, är det viktigt att veta om det finns ett sådant behov av stöd, och i så fall anpassa eller samordna insatserna. I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism* ger Socialstyrelsen flera rekommendationer som liknar rekommendationerna om vård vid obesitas – till exempel om vikten av tidiga insatser, sammanhållen hälso- och sjukvård, effektiv samverkan och kompetensutveckling.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism* [58].

Ätstörningar

De flesta personer med obesitas har inte en samtidig ätstörning, men det förekommer. Patienter behöver därför få systematiska frågor om ätstörningar, så att vården kan samordnas om det behövs. Obesitas bör behandlas i den somatiska vården, medan de flesta typer av ätstörningar bör behandlas i psykiatri. Olika yrkesgrupper och vårdenheter kan då behöva samverka.

Samtidigt kan obesitasbehandling i hälso- och sjukvården både minska förekomsten av ätstörningar hos barn och minska risken för att barnen utvecklar ätstörningar [59]. Dessutom kan behandlingen förbättra barnens självkänsla och kroppsuppfattning [60].

→ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen planerar att publicera *Nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar* under 2024.

Missbruk och beroende

Det är viktigt att kartlägga eventuella alkohol- och narkotikavanor hos personer som får obesitasbehandling. Vanorna påverkar till exempel vilken vård som bör erbjudas först. Det är också viktigt att inkludera en strukturerad uppföljning av vanorna i den långsiktiga uppföljningen av en obesitasbehandling.

Socialstyrelsen rekommenderar olika bedömningsinstrument för att kartlägga alkohol- och narkotikavanor på ett strukturerat sätt. Med bedömningsinstrumenten kan man snabbt samla in information och förvissa sig om att viktig information inte glöms bort.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [61].

Artros

Många yngre personer med artros har samtidigt övervikt eller obesitas. Socialstyrelsen rekommenderar viktnedgång och fysisk träning vid artros och övervikt, eftersom det kan bromsa sjukdomsförloppet och minska smärtan. För att träna en smärtande artrosled rätt behöver patienterna stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen. Det är viktigt att samverka i vården för personer med både obesitas och artros.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos* [62].

Depression och ångestsyndrom

En del med obesitas har samtidigt depression eller ångestsyndrom. I en obesitasutredning behöver patienterna få systematiska frågor om psykisk hälsa, för att kunna få behandling för depression eller ångestsyndrom vid behov. Det är också viktigt att följa patienternas vikt vid användning av vissa läkemedel för depression eller ångestsyndrom, eftersom viktuppgång kan vara en vanlig biverkning. Då kan olika yrkesgrupper och vårdenheter behöva samverka, för att anpassa vården på bästa sätt.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [63].

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Viktuppgång är en vanlig biverkning av flera läkemedel som används vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Därför är det viktigt att följa upp läkemedelsbehandlingen. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ansvar för att stödja patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd att förbättra sina levnadsvanor vid behov, och att se till att de får den vård de behöver för fysiska sjukdomar (såsom obesitas). Patienternas behov varierar över tid, och samverkan mellan olika verksamheter är viktigt.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* [64].

Diabetes

Diabetes typ 2 är en vanlig följsjukdom av obesitas. Socialstyrelsen ger bland annat rekommendationer om att förebygga komplikationer av diabetes. Vi rekommenderar till exempel

- behandling av högt blodtryck och höga blodfetter
- gruppbaserad patientutbildning i egenvård
- stöd till förändrade kost- och motionsvanor samt läkemedelsbehandling för att nå en god kontroll av blodsockernivån vid diabetes typ 2.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för diabetesvård* [65].

Psoriasis

Övervikt och obesitas är överrepresenterat hos personer med psoriasis. Både obesitas och psoriasis ökar också risken för till exempel högt blodtryck och diabetes typ 2. Även här är därför samverkan viktigt.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis* [66].

Hjärtsjukdomar och stroke

Övervikt och obesitas är överrepresenterat hos personer med hjärtsjukdomar och stroke. Socialstyrelsen ger inga specifika rekommendationer om dessa sjukdomar och samtidig obesitas, men även här behöver vården samordnas.

→ **Läs mer:**

- *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* [67]
- *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* [68].

Tandvård

Flera riskfaktorer är gemensamma för personer med obesitas och olika munsjukdomar. Det finns till exempel samband mellan munsjukdomarna karies och parodontit och hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och övervikt. Munhälsan påverkar också näringsintaget, risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen samt livskvaliteten. Tandvården kan därför bidra i ett hälsofrämjande arbete för personer med obesitas, och en stor del av Socialstyrelsens rekommendationer till tandvården gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för tandvård* [69].

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.

Projektorganisation

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

Projektledning – rekommendationer

Ulrika Jarrolf	projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. oktober 2021)
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 fillväxtforskning, Göteborgs universitet, Drottning Silvias barnsjukhus, Göteborg (f.o.m. november 2022)
Anders Forslund	barnläkare, docent, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Anna Gutniak	specialist i allmänmedicin, lärare, Karolinska Institutet, Stockholm
Else Hellebö Johansson	leg. dietist, med.dr, Primärvårdens dietistenhet och FoUU Södra Älvsborg, Regionhälsan, Västra Götalandsregionen
Erica Håkansson	specialistsjuksköterska i barn- och ungdomsmedicin, Barn- och ungdomsmottagningen, Hallands sjukhus, Varberg
Ewa-Marie Johannesson	verksamhetschef, Dietistverksamheten, primärvården, Region Skåne
Maria 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, Noltorp vårdcentral, Rehab och UPH – Ungas psykiska hälsa, Alingsås
Ilias Papoulias	överläkare, psykiater, legitimerad psykoterapeut, medicinskt ledningsansvarig, Ätstörningsvården, Psykiatri Halland
Maren Schuldt	leg. sjukgymnast, Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm
Anna Segerström	leg. sjuksköterska, skolsköterska, Årstaskolan, Uppsala kommun (f.o.m. 2021)
Charlotte Simmons	leg. sjukgymnast, Närhälsan Sävedalen, Göteborg
Karin Svedjebro	distriktssköterska, specialistjuksköterska ambulanssjukvård, skolsköterska, Hallsbergs kommun

Linnéa Svedlund	leg. barnmorska, mödrahälsovården, Oskarshamn, Region Kalmar
Cassandra Sääf	patientföreträdare, suppleant, Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek (t.o.m. 2021)
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, forskningsplattformsledare 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 (t.o.m. februari 2023)
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	enhetskoordinator, Socialstyrelsen
Lena Martin	utredare, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Sofia Orrskog	utredare, Socialstyrelsen
Rasmus Sjögren	utredare, Socialstyrelsen
Maria State	enhetschef, 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. Socialstyrelsen. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård; 2012.
3. Regeringskansliet. FN:s Agenda 2030. Hämtad 2023-03-15 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 2023-03-15 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
5. 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.
6. Fridhammar, A, Hofmarcher, T, Persson, S. Cancer i Sverige – Hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer? IHE Rapport 2020:9. IHE: Lund; 2020.
7. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma. 2022. Hämtad 2023-02-22 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/>
8. Folkhälsomyndigheten. Vikt, BMI (självrappporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent). Statistik baserat på den nationella folkhälsoenkäten 2022. Hämtad 2023-03-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/>
9. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma hos gravida. 2023. Hämtad 2023-03-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-gravida/>
10. 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.
11. WHO. 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.
12. 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.
13. 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.

14. 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.
15. Rikshandboken i barnhälsovård. 2019. Hämtad 2021-08-12 från <http://www.rikshandboken-bhv.se>. Inera AB på uppdrag av Sveriges regioner
16. Svensson, V, Jacobsson, JA, Fredriksson, R, Danielsson, P, Sobko, T, Schiöth, HB, et al. Associations between severity of obesity in childhood and adolescence, obesity onset and parental BMI: a longitudinal cohort study. *International journal of obesity (2005)*. 2011; 35(1):46-52.
17. McCrory, C, O'Leary, N, Fraga, S, Ribeiro, AI, Barros, H, Kartiosuo, N, et al. Socioeconomic differences in children's growth trajectories from infancy to early adulthood: evidence from four European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71(10):981-9.
18. Loring, B, Robertson, A. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity: World health organization regional office for Europe; 2014.
19. Puhl, R, Suh, Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current obesity reports*. 2015; 4(2):182-90.
20. 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>
21. 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>
22. Hagman, E, Danielsson, P, Brandt, L, Svensson, V, Ekblom, 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.
23. 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.
24. Hälsa oberoende av storlek (HOBS). ”Har du vunnit på bingolotto för att ha råd att äta dig så tjock?” – bemötande av personer med övervikt eller obesitas inom vården. Hämtad 2023-02-23 från <https://www.hobs.se/userfiles/modules/blog/text//Rapport%20HOBS%200%20E2%80%9DHar%20du%20vunnit%20p%C3%A5%20Bingolotto%200f%C3%B6r%20att%20ha%20r%C3%A5d%20att%20%C3%A4ta%20dig%20s%C3%A5%20tjock%20E2%80%9D.pdf>
25. Puhl, RM, Lessard, LM. Weight stigma in youth: Prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current obesity reports*. 2020; 9(4):402-11.
26. Fruh, SM, Nadglowski, J, Hall, HR, Davis, SL, Crook, ED, Zlomke, K. Obesity Stigma and Bias. *The journal for nurse practitioners*. 2016; 12(7):425-32.

27. Jebeile, H, Kelly, AS, O'Malley, G, Baur, LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022; 10(5):351-65.
28. Reilly, JJ, Bonataki, M, Leary, SD, Wells, JC, Davey-Smith, G, Emmett, P, et al. Progression from childhood overweight to adolescent obesity in a large contemporary cohort. *Int J Pediatr Obes.* 2011; 6(2-2):e138-43.
29. Simmonds, M, Llewellyn, A, Owen, CG, Woolacott, N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016; 17(2):95-107.
30. Socialstyrelsen. God och nära vård; 2022.
31. PM - Behovsanalys av svensk obesitasvård. Svensk förening för obesitasforskning (SFO): Svensk förening för obesitaskirurgi (SFOK); 2019.
32. 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.
33. 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>
34. Socialstyrelsen. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2021.
35. Läkemedelsstatistik, Läkemedel mot fetma exkl. dietprodukter, Hela rikttet, Ålder 20->85, Antal patienter, Antal expedieringar, År 2006-2019. Statistikdatabas för läkemedel: Socialstyrelsen.
36. 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=>
37. Socialstyrelsen. Arbetshäfte - AKK som kommunikationsstöd – basutbildning 2023.
38. Läkemedelsregistret. Beräkningar för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för obesitas utifrån Socialstyrelsens läkemedelsregister. Statistikdatabas för läkemedel: Socialstyrelsen; 2021.
39. Liraglutid (Saxenda) vid övervikt/fetma. Janusinfo Region Stockholm; 2018.
40. Naltrexon/bupropion (Mysimba) vid övervikt/fetma. Janusinfo Region Stockholm; 2018.
41. Socialstyrelsen. Om implementering; 2013.
42. 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.
43. Hofmann, B. Biases distorting priority setting. *Health Policy.* 2020; 124(1):52-60.
44. Norredam, M, Album, D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2007; 35(6):655.
45. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 -Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat; 2020.

46. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2019; 2019.
47. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet; 2019. Report No.: 2002-1054.
48. Socialstyrelsen. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov : förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård; 2019.
49. 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.
50. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning; 2018.
51. Livsmedelsverket. Nordiska näringsrekommendationer. 2012. Hämtad 2023-03-15 från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrrer-foldrar/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>
52. 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>
53. Börjesson, M, Dohrn, I-M. FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningens Förlag; 2021.
54. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården; 2014.
55. Rikshandboken barnhälsovård [Elektronisk resurs]. Stockholm: Inera.
56. Skolverket, So. Vägledning för elevhälsan; 2019.
57. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå; 2022.
58. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Prioriteringsstöd till chefer och beslutsfattare.; 2022.
59. Jebeile, H, Gow, ML, Baur, LA, Garnett, SP, Paxton, SJ, Lister, NB. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev.* 2019; 20(9):1287-98.
60. Gow, ML, Tee, MSY, Garnett, SP, Baur, LA, Aldwell, K, Thomas, S, et al. Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image: A systematic review with meta-analysis. *Pediatr Obes.* 2020; 15(3):e12600.
61. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende; 2019.
62. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar - Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021; 2021.
63. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning; 2021.
64. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning; 2018.
65. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning; 2018.
66. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis; 2019.

67. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning; 2018.
68. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning.; 2020.
69. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning; 2021.
70. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg; 2017.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård vid obesitas innehåller 20 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet *Rekommendationer* ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation. De är uppdelade i följande områden:

- sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning
- kompetensutveckling
- kombinerad levnadsvanebehandling
- läkemedelsbehandling⁸
- kirurgi.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Rekommendationslista i Excelformat* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/obesitas.

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning

Id	Rekommendation	Motivering	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.	Tillståndet obesitas har en stor svårighetsgrad. Med vägning och mätning identifieras personer med obesitas tidigare än annars, och andelen patienter som får vidare utredning och bedömning ökar. Dessutom blir patienterna nöjdare om de får sin obesitas identifierad på ett respektfullt sätt. Det finns potentiellt stora hälsovinster och inga alternativa åtgärder.	2
2	Erbjud utredning och bedömning till barn och vuxna med obesitas, för att kunna erbjuda rätt behandling.	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Utredning och bedömning är viktigt för att patienterna ska få rätt diagnos, och sannolikheten ökar för att patienterna får individanpassad behandling och blir nöjdare.	2
3	Följ upp behandlingen för barn och vuxna som fått aktiv behandling för obesitas, strukturerat, regelbundet och långsiktigt.	Tillståndet obesitas har en stor svårighetsgrad. Sjukdomen är kronisk, och vikten varierar ofta över tid. Uppföljning leder till att patienten fortsätter gå ner i vikt eller behåller sin nya vikt, får ökad eller bibehållen hälsorelaterad livskvalitet samt bibehållna beteendeförändringar. Uppföljningen behövs för att patienterna ska kunna behålla en god hälsa och få ny bedömning och behandling vid behov.	2

⁸ 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 *Kunskapsunderlag*.

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
4	Erbjud sammanhållen hälso- och sjukvård till barn och vuxna med obesitas.	Tillståndet har en stor svårighetsgrad, och en sammanhållen hälso- och sjukvård ökar sannolikheten för bättre vårdkvalitet, livskvalitet, viktstatus, hälsa och patientnöjdhet. En sammanhållen hälso- och sjukvård är en förutsättning för att patienterna ska kunna få rätt vård, på rätt vårdnivå, i rätt tid, och ger potentiellt stora hälsovinster.	2

Kompetensutveckling

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
5	Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal.	Tillståndet obesitas har en stor svårighetsgrad, och kompetensutveckling för personal är en förutsättning för att patienterna ska få bästa möjliga vård. Kompetensutvecklingen ger personalen god kunskap om obesitas, och patienterna upplever ett bättre bemötande.	2

Kombinerad levnadsvanebehandling

Id	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är ...	Motivering	Prioritet
10	barn eller vuxna med behov av särskilt stöd	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Särskilt anpassad kombinerad levnadsvanebehandling ökar sannolikheten för viktnedgång eller viktstabilitet och förbättrad livskvalitet.	2
6, 7, 8	barn i åldern 2–17 år	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Behandlingen har endast en liten positiv effekt på barnens viktutveckling och på föräldrarapporterad hälsorelaterad livskvalitet (barn 6–11 år) respektive självrapporterad hälsorelaterad livskvalitet (barn 12–17 år). I studierna av de yngsta barnen (2–5 år) fick kontrollgrupperna dock större insatser än vad som brukar erbjudas i klinisk verksamhet.</p> <p>Vidare finns ingen alternativ behandling för de yngre barnen (2–11 år). Om barn med obesitas inte får några insatser, finns risk för både stort lidande för individen och höga kostnader för samhället.</p> <p>För de äldre barnen (12–17 år) finns andra behandlingar som kan ge större effekt, men endast en mindre del av patienterna är aktuella för läkemedelsbehandling eller kirurgisk behandling på grund av risken för biverkningar eller komplikationer.</p> <p>Den kombinerade levnadsvanebehandlingen har däremot få rapporterade biverkningar av allvarlig eller icke-reversibel karaktär, och kan möjligen ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt.</p>	3

Id	Erbjud kombinerad levnadsvane-behandling till personer med obesitas som är ...	Motivering	Prioritet
9, 11	vuxna under 70 år, även gravida	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Behandlingens effekt på viktnedgång är liten för vuxna generellt, och liten till måttlig för gravida. Det finns få rapporterade biverkningar av allvarlig eller icke-reversibel karaktär, och inga rapporterade biverkningar för gravida.</p> <p>För gravida finns heller ingen alternativ behandling. För vuxna generellt finns andra behandlingar som kan ge större effekt, men en del patienter är inte aktuella för, eller önskar inte, läkemedelsbehandling eller kirurgisk behandling.</p> <p>Den kombinerade levnadsvane-behandlingen kan möjligen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt, även för barn i magen.</p>	4
12	vuxna från 70 år	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Behandlingen har troligen liten effekt på viktnedgång, och den skulle kunna ge biverkningar och oönskade effekter. Behandlingen förutsätter därför en individuell bedömning av risk och nytta. När vikt-nedgång bedöms vara aktuellt behöver man säkerställa adekvat nutrition, tillräckligt intag av protein och individuellt anpassad fysisk träning för att bevara muskelmassa.</p>	6

Läkemedelsbehandling

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
13	Erbjud läkemedlet orlistat som tillägg till levnadsvane-behandling, till vuxna med obesitas som är aktuella för läkemedels-behandling.	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Behandlingen ökar sannolikheten för en kliniskt relevant vikt-nedgång efter ett år, jämfört med placebo som tillägg till levnadsvanebehandling. Många patienter tolererar dock inte orlistat på grund av dess verkningsmekanism. För att undvika oönskade symtom som diarréer är det viktigt att patienten får noggrann information om hur läkemedlet fungerar, och levnadsvanebehandling under hela behandlingsperioden.</p>	4

Kirurgi

Id	Erbjud operationen ...	till vuxna med obesitas som ...	Motivering	Prioritet
18	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI ≥ 35 • är aktuella för obesitaskirurgi 	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Operationen har mycket större effekt på viktnedgång än icke-kirurgisk obesitasbehandling, och även något större effekt än operationen sleeve-gastrektomi. Det finns dock risk för biverkningar, även på längre sikt. Patienterna behöver strukturerad och regelbunden uppföljning. Personer mellan 18 och 25 år behöver en särskilt sammanhållen vård.	2
16	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI 30–35 • har allvarig obesitasrelaterad sjukdom • är aktuella för obesitaskirurgi 	Tillståndet har en stor svårighetsgrad, och operationen har större effekt än icke-kirurgisk obesitasbehandling. Det finns dock risk för biverkningar, även på längre sikt. Patienterna behöver strukturerad och regelbunden uppföljning. Personer mellan 18 och 25 år behöver en särskilt sammanhållen vård.	3
19	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI ≥ 35 • är aktuella för obesitaskirurgi 	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Operationen har större effekt på viktnedgång än icke-kirurgisk obesitasbehandling, men troligen mindre effekt än gastric bypass-operation. Det finns risk för biverkningar, även på längre sikt. Patienterna behöver strukturerad och regelbunden uppföljning. Personer mellan 18 och 25 år behöver en särskilt sammanhållen vård.	3
17	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI 30–35 • har allvarig obesitasrelaterad sjukdom • är aktuella för obesitaskirurgi 	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Operationen har större effekt på vikt och hälsa än icke-kirurgisk obesitasbehandling, men troligen mindre effekt på sikt för patientgruppen jämfört med gastric bypass-operation. Det finns risk för biverkningar, även på längre sikt. Patienterna behöver strukturerad och regelbunden uppföljning. Personer mellan 18 och 25 år behöver en särskilt sammanhållen vård.	5

Id	Erbjud operationen ...	till vuxna med obesitas som ...	Motivering	Prioritet
20	BPD/DS (biliopan-kreatisk diversion med duodenal switch)	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI \geq 50 • är aktuella för mer omfattande obesitaskirurgi 	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Operationen har större effekt på viktnedgång än gastric bypass-operation, men den innebär också större risker – både för komplikationer i samband med operationen och för biverkningar på längre sikt. Patienterna behöver livslång strukturerad och regelbunden uppföljning i den specialiserade vården.	5
Id	Erbjud operationen ...	till barn i åldern 15–17 år med obesitas som ...	Motivering	Prioritet
14	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI \geq 35 • är aktuella för obesitaskirurgi efter bedömning på specialiserat centrum 	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Operationen har större effekt än icke-kirurgisk obesitasbehandling, och troligen större effekt än operationen sleeve-gastrektomi på viktnedgång och livskvalitet. Det finns dock risk för biverkningar, även på längre sikt. En förutsättning för att operationen ska kunna erbjudas är att patienterna får en särskilt sammanhållen vård med strukturerad och regelbunden uppföljning.	3
15	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> • har BMI \geq 35 • är aktuella för obesitaskirurgi efter bedömning på specialiserat centrum 	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Operationen har större effekt på vikt än icke-kirurgisk obesitasbehandling, men troligen mindre effekt än gastric bypass-operation på viktnedgång och livskvalitet. Det finns risk för biverkningar, även på längre sikt. En förutsättning för att operationen ska kunna erbjudas är att patienterna får en särskilt sammanhållen vård med strukturerad och regelbunden uppföljning.	6

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/nationellariktklinjer/obesitas.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [70]. En indikator för god vård och omsorg ska

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

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

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

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

Indikatorer för vård vid obesitas

Tabell 1. Övergripande indikatorer för vård vid obesitas

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

*Utvecklingsindikator

Tabell 2. Indikatorer för vård vid obesitas, barn

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

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna

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

Nr	Namn	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. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna för vård vid obesitas har uppdaterats en gång sedan de först publicerades (se tabell 1).

Tabell 1. Versionshistorik för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Publiceringsår	Aktivitet
2022	Riktlinjerna publicerades i en första version.
2023	Riktlinjerna justerades något efter synpunkter från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter, och publicerades i den nuvarande versionen. De största förändringarna är: <ul style="list-style-type: none">• En ny rekommendation om kombinerad levnadsvanebehandling för vuxna med obesitas från 70 år har lagts till (id-nummer 12).• Två rekommendationer om operationen sleeve-gastrektomi (id 15 och 17) har fått prioritetssiffror. För de två aktuella patientgrupperna rekommenderade vi tidigare endast operationen inom ramen för forskning och utveckling (FoU).• Ett nytt kunskapsunderlag om läkemedlet semaglutid har sammanställts.• Konsekvensanalysen av rekommendationerna om kombinerad levnadsvanebehandling har fördjupats med tre räkneexempel.

Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal webbilagor:

- Rekommendationslista i Excelformat
- Kunskapsunderlag
- Hälsöekonomiskt 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/obesitas.