

Nationella riktlinjer 2025:

Målnivåer – vård vid obesitas

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-1-9397

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, januari 2025

Förord

Socialstyrelsen fastställer nationella målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas.

Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan åtgärd. Nationella målnivåer är en viktig del i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Idag finns det målnivåer inom flera riktlinjeområden.

Projektledare för arbetet har varit Ann-Sofie Bertilsson som tillsammans med Christina Broman har utgjort projektets arbetsgrupp. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Gudrun Jonasdottir Bergman och Mikael Nyman. I projektets expertgrupp har Kajsa Järholm, Lovisa Sjögren, Magnus Sundbom och Ylva Trolle Lagerros ingått. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp – bestående av huvudmannaföreträdare, företrädare från nationella programområden, professionsföreträdare och representant för patientorganisation – arbetat med att ta fram målnivåförslagen. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Uppdragets förutsättningar.....	6
Om uppdraget	6
Målnivåmodellen	6
Om indikatorerna	10
Om målnivåerna	10
Datakällor	11
Förslag till målnivåer.....	12
Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI \geq 35 (indikator 3.7).....	13
Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI \geq 35 (indikator 3.8)	17
Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas (indikator 3.13).....	21
Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas (indikator 2.9).....	23
Avslutande diskussion	25
Referenser.....	27
Bilaga 1. Förteckning över samtliga indikatorer.....	28
Bilaga 2. Deltagarförteckning	30

Sammanfattning

Nationella målnivåer avser att vara ett stöd för huvudmännens styrning och ledning av hälso- och sjukvården genom att ange tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Det främsta syftet med målnivåer är att säkerställa en god och jämlik vård.

Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas [1, 2]. Arbetet med att ta fram målnivåer har bedrivits i ett konsensusförfarande med experter, företrädare för huvudmännen, nationella programområden, professionsföreträdare och patientorganisation. Efter genomfört arbete och en remissrunda till regionerna och övriga berörda aktörer fastställer Socialstyrelsen nu följande nationella målnivåer (tabell 1). Målnivåerna gäller övergripande effekter på gruppnivå, vilket innebär att de inte ska förväxlas med individuella behandlingsmål.

Tabell 1. Nationella målnivåer för vård vid obesitas

Område	Namn på indikator	Fastställd målnivå*
Vård vid obesitas, vuxna	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI $\geq 35^{**}$	≥ 80 procent
Vård vid obesitas, vuxna	Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI $\geq 35^{**}$	≥ 60 procent
Vård vid obesitas, vuxna	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	≥ 75 procent
Vård vid obesitas, barn	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	≥ 95 procent

*Målnivå på gruppnivå. ** Indikatorn mäter andelen som minskat sin tidigare övervikt med minst 50 procent eller mer, 5 år efter operation.

Uppdragets förutsättningar

Om uppdraget

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god och jämlik vård i enighet med lagstiftningens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vården av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska och/eller långvariga sjukdomsförlopp. Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men syftar också till att underlätta förbättringsarbete på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

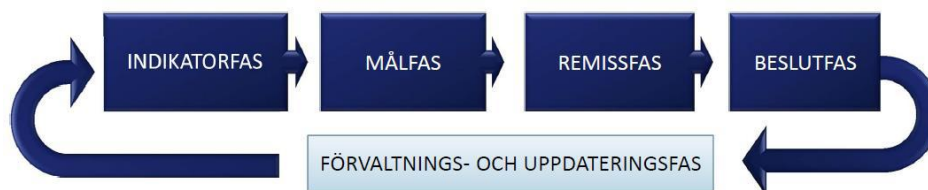
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss sjukdomsgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur oftast är framtagen för att följa upp en rekommendation. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs utförligare längre fram i detta kapitel. Målnivåer gäller övergripande för en hel sjukdomsgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan till exempel vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter.

Syftet med redovisningen av resultat är att kunna fastställa en nationell målnivå utifrån eftersträvansvärd nivå, värdet för riket och regional variation.

Målnivåmodellen

Den modell [3] som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt i arbetet.

Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta arbete sker i samarbete med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjeprocessen alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget. Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier.

Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- helst ha en tydlig riktning (högt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor.

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensusprocessen.

Målfas

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag. Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från hälso- och sjukvårdsregionerna, företrädare från nationella programområden, nationella primärvårdsrådet, sakkunniga inom olika områden samt företrädare för berörd patientförening. Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delhiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delhiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) samt expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare. Deltagarna röstar på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller ange ett eget förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Sammanställningen av

resultaten och kommentarerna skickas ut som ett underlag till konsensusmötet. Konsensusmötet för målnivåer inom vård vid obesitas genomfördes den 10 september 2024.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar inför beslutsfasen. Remissmottagarna för målnivårapporten för vård vid obesitas är regionerna, berörda nationella programområden, nationella primärvårdsrådet, professionsorganisationer och patientorganisation.

Beslutfas

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger regionerna tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar eller åtgärder.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat utvärderingar av hälso- och sjukvårdens kvalitet, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera regioner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa upp kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa regioner kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vård- och omsorgsprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer. De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kommer att ta tid för hälso- och sjukvården att nå de uppsatta målen.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Det förekommer att regionerna tillämpar ersättningsmodeller där verksamheter som uppnår ett mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från regionen. Dessa ersättningsmodeller kan ha olika struktur och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningsmodeller kopplade till nationella målnivåer kan medföra risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattas de tre vanligaste riskerna.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån indikatorns resultat riskerar att bli godtyckligt. Trots att vissa indikatorer inte passar i ett ersättningssystem kan de fortfarande utgöra värdefulla verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När en region kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns en risk att verksamheterna inte arbetar enbart för att höja kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av olika orsaker inte har fått den rekommenderade åtgärden kan i lägre grad rapporteras till registret än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i kvalitetsregister och hälsodataregister blir mindre tillförlitliga. Detta kan i sin tur få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Konsekvenserna för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk. Genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss åtgärd görs den skarpare, vilket leder till att målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella åtgärden, utan även andra grupper kan dra nytta av den. Vid till exempel Socialstyrelsens utvärderingar, som utgår från de nationella riktlinjerna, betraktas detta som en självklarhet. Men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk för att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade åtgärden. Det gäller i synnerhet om åtgärden är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna till målnivåarbetet från den indikatorrapport som tillhör de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas. En förteckning över indikatorerna finns i bilaga 1. I samband med målnivåarbetets gjordes vissa justeringar i indikatorbeskrivningar [2]. Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med de experter som också deltog i riktlinjearbetet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning.

→ Läs mer om indikatorerna i rapporten *Indikatorer för vård vid obesitas* på Socialstyrelsens webbplats.

Om målnivåerna

Av de målnivåer för vård vid obesitas som fastställs i denna rapport finns en utvecklingspotential för flera regioner. Det är dock viktigt att komma ihåg att målen är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan regionerna själva ta fram delmål för att nå det eftersträvarvärda målet. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Målnivåerna kan också justeras om kunskapsläget inom området förändras.

Datakällor

De underlag som ligger till grund för målnivåprocessen är indikatorbeskrivningar, expertgruppens förslag, resultat från Delphirundan och statistiska underlag. Data har hämtats från Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg) när det gäller kirurgisk behandling [4]. För indikatorer avseende strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning efter behandling vid diagnos obesitas kommer Socialstyrelsens patientregister (PAR) utgöra datakälla, registrering av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) behöver dock öka. Kvalitetsregistret Barnobesitasregister i Sverige (BORIS) [5] kan också komma att användas som datakälla för uppföljning framöver. Det är av största vikt att täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ökar och att hälso- och sjukvården arbetar för en mer heltäckande registrering, en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling. I dagsläget finns inte registrering av primärvård tillgänglig i Socialstyrelsens register, vid utvärdering kommer data att samlas in via enkätutskick till regionerna.

Jämförelser av data

I rapporten presenteras det statistiska underlaget utifrån organisatorisk nivå (riket och region), när sådan data finns tillgänglig. Syftet med att jämföra uppgifterna utifrån denna nivåindelning är att synliggöra eventuella regionala ojämlikheter i vården till personer med diagnos obesitas.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I detta kapitel presenteras Socialstyrelsens nationella målnivåer för de indikatorer som är aktuella för målnivåsättning samt en motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- en teknisk beskrivning av indikatorn samt en beskrivning av felkällor och eventuella tolkningssvårigheter
- den fastställda målnivån, inklusive motivering
- dataunderlag som visar hur olika regioner ligger till i förhållande till målnivån, när sådana data finns tillgängliga. Syftet med redovisningen är att kunna fastställa en nationell målnivå och inte att göra en analys eller jämförelse av regionernas resultat eller könsskillnader.

Viktning efter gastric bypass vid BMI ≥ 35 – vuxna (indikator 3.7)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass operation och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss (EWL). Socialstyrelsen använder SORegs data. Inom obesitaskirurgi är EWL ett vanligt förekommande mått som anger hur stor andel av den preoperativa övervikten som förlorats. Det finns även andra sätt att mäta viktning såsom total viktning i kilo och procentuell nedgång av ursprungsvikten (total weight loss procent).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Kirurgisk behandling med gastric bypass syftar till att främja hälsa genom viktminskning. Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången gastric bypass-operation är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att mäta viktning efter kirurgisk behandling med gastric bypass.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer enligt nämnaren som minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass-operation.

Datakälla: Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp går ned i vikt i lägre utsträckning än de som följs upp.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35* har Socialstyrelsen fastställt målnivån ≥ 80 procent.

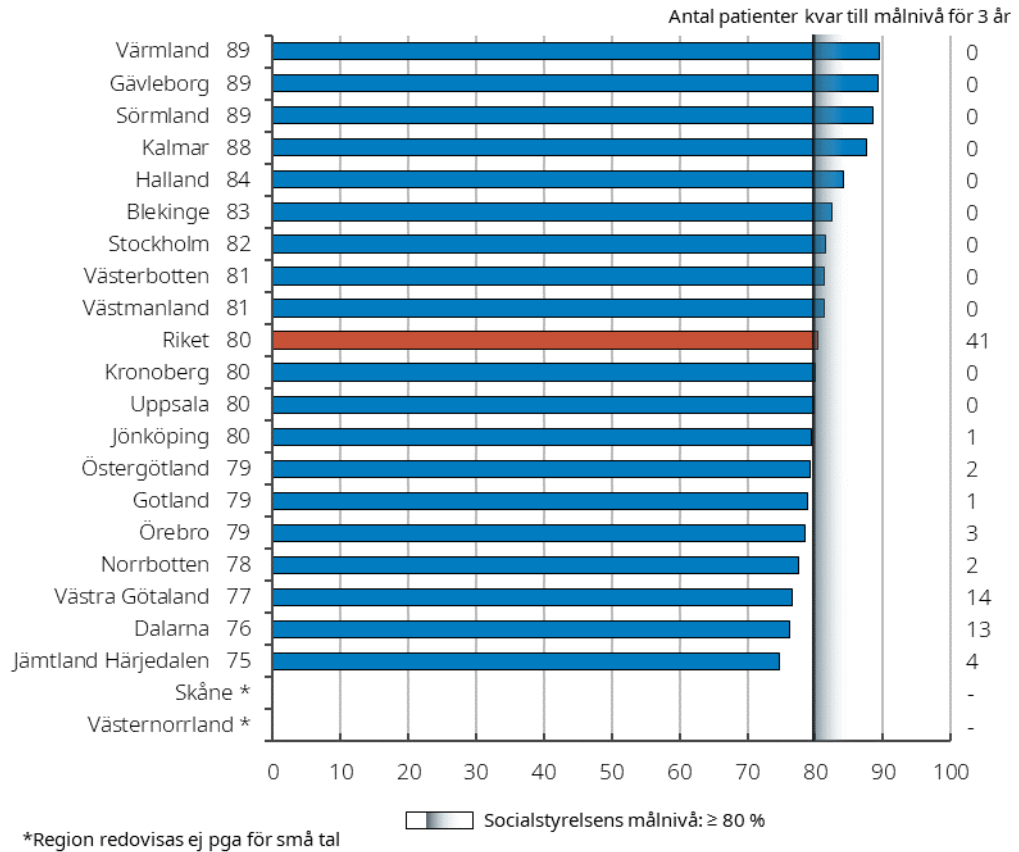
Motivering till målnivån

Kirurgisk behandling med gastric bypass syftar till att främja hälsa genom viktnedgång. Gastric bypass är en kirurgisk behandling som rekommenderas högt för att minska vikten vid BMI ≥ 35 . Patienterna behöver strukturerad och regelbunden uppföljning under många år efter en gastric bypass. Hälso- och sjukvårdens insatser är av stor betydelse för att stödja patienten till att bibehålla och förbättra sin hälsa. Patienter med ett högt BMI har svårare att minska sin tidigare övervikt med 50 procent än personer med ett lägre BMI, vilket skulle kunna leda till att resultaten kan variera mellan regioner beroende på patientunderlaget som får kirurgisk behandling. Utifrån att det nationellt och internationellt tillämpas olika mätmetoder för mätning av viktnedgång, fortsätter Socialstyrelsen följa utvecklingen av effekten på gruppnivå. Målnivån kan på sikt behöva höjas eftersom den föreslagna målnivån för närvarande är densamma som rikets värde. Framöver kommer troligen fler personer att kunna minska sin tidigare övervikt med 50 procent genom sambehandling med läkemedel. Mot bakgrund av ovanstående anledningar har Socialstyrelsen fastställt en nationell målnivå på ≥ 80 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Diagram 1. Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35

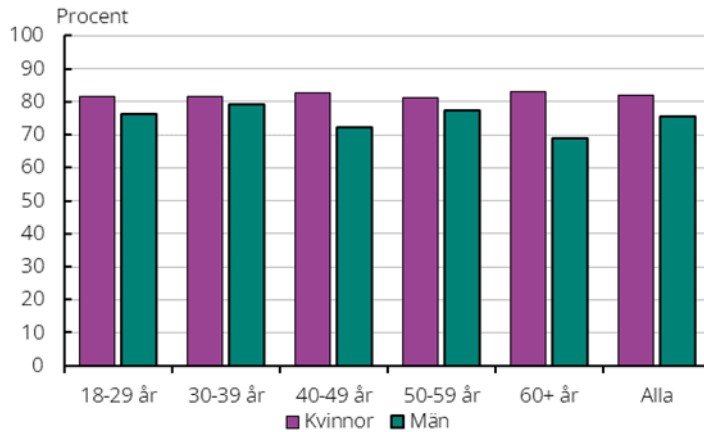
Andelen personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss. År 2021–2023, antal patienter 3625.



Källa: Nationella kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Diagram 2. Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35

Andelen personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss. Fördelning kvinnor/män och åldersgrupper. År 2021–2023.



Källa: Nationella kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Uppgifter för år 2021–2023

Uppgift	Värde
Rikets genomsnitt (%)	80
Variation bästa - sämsta värde (%)	89–75
Fördelning kvinnor/män (%)	76/24
Antal patienter i nämnaren	3625

Källa: Nationella kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg)

Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35 – vuxna (indikator 3.8)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi operation och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss (EWL). Socialstyrelsen använder SORegs data. Inom obesitaskirurgi är EWL ett vanligt förekommande mått som anger hur stor andel av den preoperativa övervikten som förlorats. Det finns även andra sätt att mäta viktnedgång såsom total viktnedgång i kilo och procentuell nedgång av ursprungsvikten (total weight loss procent).

Varför är indikatorn viktiga att mäta?

Kirurgisk behandling med sleeve-gastrektomi operation syftar till att främja hälsa genom viktnedgång. Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången operation är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. Indikatorn avser att mäta viktnedgång, efter kirurgisk behandling med sleeve-gastrektomi operation.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer enligt nämnaren som minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) 5 år efter operation med ≥ 50 procent.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi operation.

Datakälla: Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Det finns ett betydande bortfall vid uppföljningen av patienter efter 5 år. Detta kan vara en källa till bias i indikatorn om bortfallet är skevt, exempelvis om de som inte följs upp går ner i vikt i lägre utsträckning än de som följs upp.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35* har Socialstyrelsen fastställt målnivån ≥ 60 procent.

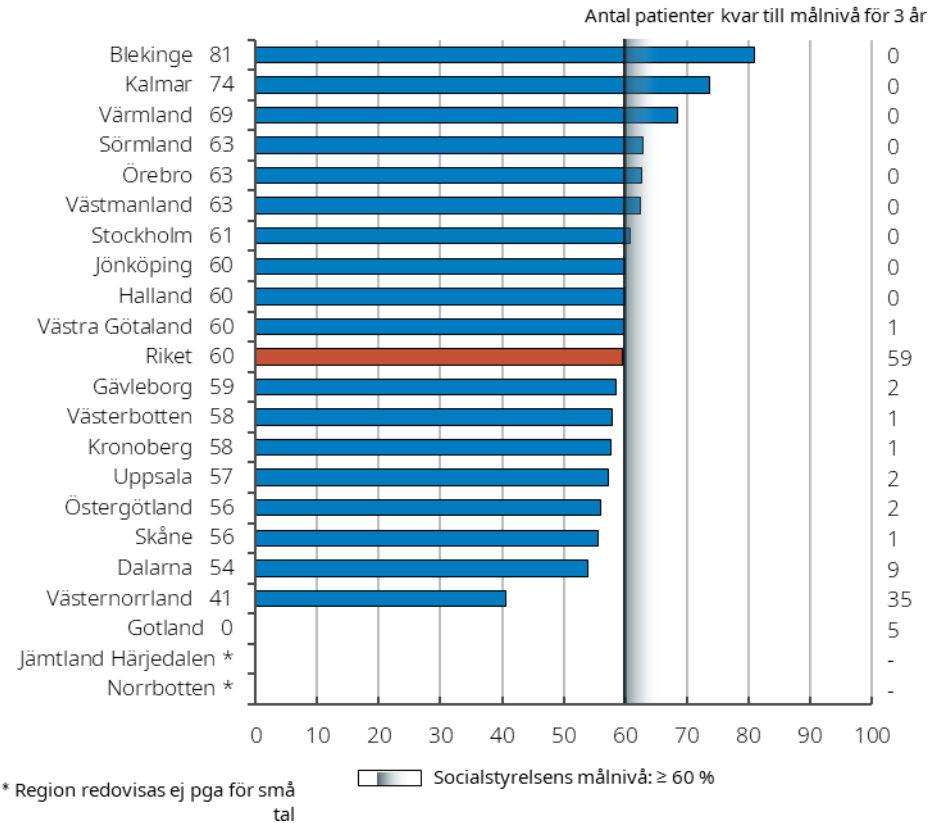
Motivering till målnivån

Kirurgisk behandling med sleeve-gastrektomi syftar till att främja hälsa genom viktnedgång. Operationen sleeve-gastrektomi har lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än gastric bypass. Sleeve-gastrektomi har något mindre effekt på viktning än gastric bypass. Det finns också kända biverkningar, såsom refluxsjukdom (sura uppstötningar). Sleeve-gastrektomi används som en alternativ kirurgisk behandling till gastric bypass för att minska vikten vid BMI ≥ 35 . Patienterna behöver strukturerad och regelbunden uppföljning under många år efter en sleeve-gastrektomi. Hälso- och sjukvårdens insatser är av stor betydelse för att stödja patienten till att bibehålla och förbättra sin hälsa. Patienter med ett högt BMI har svårare att minska sin tidigare övervikt med 50 procent än personer med ett lägre BMI, vilket skulle kunna leda till att resultaten kan variera mellan regioner beroende på patientunderlaget som får kirurgisk behandling. Utifrån att det nationellt och internationellt tillämpas olika mätmetoder för mätning av viktning, fortsätter Socialstyrelsen följa utvecklingen av effekten på gruppnivå. Patienter som opererats med sleeve-gastrektomi har en lägre viktning än de som opererats med gastric bypass. Framöver kommer troligen fler personer att kunna minska sin tidigare övervikt med 50 procent genom sambehandling med läkemedel. Mot bakgrund av ovanstående har Socialstyrelsen fastställt nationell målnivå ≥ 60 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Diagram 3. Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35

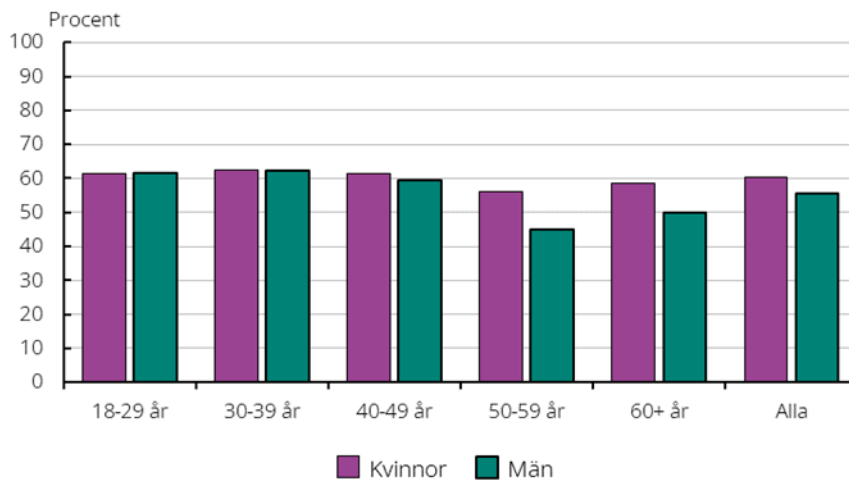
Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss. År 2021–2023, antal patienter 2454.



Källa: Nationella kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Diagram 4. Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35

Andel personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi operation och minskat sin tidigare övervikt (normalvikt=BMI 25) med 50 procent eller mer, 5 år efter operation, mätt i Excess Weight Loss. Fördelning kvinnor/män och åldersgrupper. År 2021–2023.



Källa: Nationella kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Uppgifter för år 2021–2023

Uppgift	Värde
Rikets genomsnitt (%)	59
Variation bästa - sämsta värde (%)	81-41
Fördelning kvinnor/män (%)	79/21
Antal patienter i nämnaren	2454

Källa: Nationella kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas – vuxna (indikator 3.13)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med diagnos obesitas som får uppföljning minst 1 gång per år.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Personer med diagnos obesitas behöver följas upp regelbundet. Den strukturerade uppföljningen är angelägen utifrån att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver bedöma om patienten behöver ytterligare behandling. Till exempel kan hälsotillståndet försämrats eller att patienten upplever en försämring av funktion, aktivitet eller delaktighet. Indikatorn avser att spegla andelen personer med obesitas som följs upp strukturerat, regelbundet och långsiktigt.

Teknisk beskrivning

Täljare: a) antal personer 18 år och äldre med diagnos obesitas som fått uppföljning minst 1 gång per år inom öppen specialiserad vård. b) Antal personer 18 år och äldre med diagnos obesitas som fått uppföljning minst 1 gång per år inom primärvården.

Nämnare: a) Totala antalet personer 18 år och äldre med diagnos obesitas inom öppen specialiserad vård. b) Totala antalet personer 18 år och äldre med diagnos obesitas inom primärvården.

Datakälla: a) Patientregistret, Socialstyrelsen. b) Enkätutskick till regionerna med specificerade frågor för insamling gällande primärvården.

Felkällor och tolkningssvårigheter

KVÅ-kod för strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer (AW001) finns och behöver implementeras för användning vilket kan innebära att data initialt är bristfällig. I dagsläget finns inte registrering av primärvård tillgänglig i Socialstyrelsens register, vid utvärdering samlas data in via enkätutskick till regioner.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas* har socialstyrelsen fastställt målnivåförslag ≥ 75 procent.

Motivering till målnivån

Vuxna över 18 år med diagnos obesitas som fått behandling behöver följas upp strukturerat och regelbundet av hälso- och sjukvården. Olika yrkesprofessioner kan följa upp patienterna. En del patienter kan följas upp i primärvården medan andra behöver uppföljning i den specialiserade vården. Hälso- och sjukvården behöver bedöma om patienten behöver ytterligare insatser, till exempel om hälsotillståndet har försämrats eller om patienten upplever en försämring av funktion, aktivitet eller delaktighet. Både intervallet och innehållet behöver anpassas till varje patients behov. Det kan även finnas personer som av någon anledning avstår från att komma till uppföljning eller där annat sjukdomstillstånd gör att patienten ändå följs av hälso- och sjukvården. Av ovanstående anledning har Socialstyrelsen fastställt en nationell målnivå ≥ 75 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Data redovisas inte till följd av låg registrering i patientregistret. Regionerna behöver fortsätta implementering av åtgärden och registrering för att en strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjerna ska kunna följas i patientregistret. Utifrån att registrering av primärvård i nuläget inte finns tillgänglig i Socialstyrelsens register, samlas data in via enkätutskick till regionerna vid utvärdering.

Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas – barn (indikator 2.9)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen barn 2–17 år med diagnos obesitas som får uppföljning minst 1 gång per år.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Barn med diagnos obesitas behöver följas upp regelbundet. Den strukturerade uppföljningen är angelägen utifrån att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver bedöma om patienten behöver ytterligare behandling. Till exempel kan hälsotillståndet försämrats eller att patienten upplever en försämring av funktion, aktivitet eller delaktighet. Indikatorn avser att spegla andelen barn med obesitas som följs upp strukturerat, regelbundet och långsiktigt.

Teknisk beskrivning

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

Nämnare: a) Totala antalet barn 2–17 år med diagnos obesitas inom öppen specialiserad vård. b) Totala antalet barn 2–17 år med diagnos obesitas inom primärvården.

Datakälla: a) Patientregistret, Socialstyrelsen. b) Enkätutskick till regionerna med specificerade frågor för insamling gällande primärvården.

Kvalitetsregistret BORIS finns också som datakälla för utvärdering.

Felkällor och tolkningssvårigheter

KVÅ-kod för strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer (AW001) finns och behöver implementeras för användning vilket kan innebära att data initialt är bristfällig. I dagsläget finns inte registrering av primärvård tillgänglig i Socialstyrelsens register, vid utvärdering samlas data in via enkätutskick till regioner.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas* har Socialstyrelsen fastställt målnivåförslag ≥ 95 procent.

Motivering till målnivån

Barn 2–17 år med diagnos obesitas som fått behandling behöver följas upp strukturerat och regelbundet av hälso- och sjukvården. Olika yrkesprofessioner kan följa upp patienterna. En del patienter kan följas upp i primärvården medan andra behöver uppföljning i den specialiserade vården. Hälso- och sjukvården behöver bedöma om patienten behöver ytterligare insatser, till exempel om hälsotillståndet har försämrats eller om patienten upplever en försämring av funktion, aktivitet eller delaktighet. Både intervallet och innehållet behöver anpassas till varje patients behov. Det kan även finnas barn eller vårdnadshavare som av någon anledning avstår från att komma till uppföljning eller där annat sjukdomstillstånd gör att patienten ändå följs av hälso- och sjukvården. Uppföljning är dock viktigt utifrån ett skyddsperspektiv av barnens rättigheter till uppföljning efter genomgången vård av en kronisk sjukdom. Av ovanstående anledningar har Socialstyrelsen fastställt nationell målnivå ≥ 95 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Data redovisas inte till följd av låg registrering i Socialstyrelsens patientregister. Regionerna behöver fortsätta implementering av åtgärden och registrering för att en strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjerna ska kunna följas i patientregistret. Utifrån att registrering av primärvård i nuläget inte finns tillgängligt i Socialstyrelsens register, samlas data in via enkätutskick till regionerna vid utvärdering. Kvalitetsregistret BORIS är också en datakälla som kan användas framöver.

Avslutande diskussion

Det främsta syftet med nationella målnivåer för vård vid obesitas är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård på lika villkor för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid, på rätt nivå utifrån individens förutsättningar och vårdbehov. Det är viktigt att vården håller hög kvalitet och att resurserna används effektivt för att möjliggöra att barn och vuxna med diagnos obesitas får tidiga insatser och uppföljning efter behandling för att bromsa viktökning, förbättra den fysiska och psykiska hälsan samt minska risk för fler sjukdomar och för tidig död. Eftersom obesitas är en kronisk sjukdom behövs en strukturerad och regelbunden uppföljning under lång tid till personer som fått behandling.

Kunskapen om obesitas utvecklas snabbt och vården behöver bli mer jämlik eftersom det förekommer regionala skillnader av resultaten. Socialstyrelsen har fastställt fyra målnivåer för berörda indikatorer för att följa rekommendationer med hög prioritet i de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas. Insatser som har hög prioritet är de insatser som gör störst nytta för patienter med de svåraste tillstånden. Målnivåerna har tagits fram i ett brett konsensusförfarande och därefter varit på remiss för en förankring.

De målnivåer för vård vid obesitas som tagits fram bidrar till att patienter får en god och jämlik vård i enighet med lagstiftningens intentioner. Målnivåerna gäller övergripande effekter på gruppnivå vilket innebär att de inte ska förväxlas med individuella behandlingsmål. De nationella målen för vård vid obesitas är en viktig utgångspunkt för att bedriva utvecklingsarbete på lokal och regional nivå samt i nationella och internationella arbetet för en jämlik vård. De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kan ta tid att nå de nationella målnivåerna. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården arbetar strategiskt och långsiktigt för att utveckla en jämlik vård vid obesitas. Idag är obesitas en underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom. Nya läkemedel har kommit de senaste åren vilket kan innebära att personer nu söker vård för obesitas i högre grad än tidigare. Rekommendationerna om vård vid obesitas berör många vilket innebär att kostnaderna kan väntas öka och regionerna behöver avsätta resurser för detta. På långsikt kan dock satsningarna förväntas minska antalet följsjukdomar, så att kostnaderna minskar [1].

Patienter som fått behandling för diagnosen obesitas behöver 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. Olika yrkesprofessioner kan följa upp patienterna. Ett lämpligt uppföljningsintervall kan vara minst en gång per år för patienter

som ex. nått sina individuella behandlingsmål, men både intervallet och innehållet behöver anpassas till varje individs behov och behandling.

Nationella målnivåer är ett stöd för hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. Tydliga signaler är viktigt för att bidra till att vården gör åtgärder som har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och att risken för att åtgärder används som inte har någon effekt eller sämre effekt än annan åtgärd, eller är skadliga för patienten minskas [6, 7]. På verksamhetsnivå kan målnivåerna också användas för att utveckla vård- och omsorgsprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer. De nationella riktlinjerna innehåller rekommendationer om kirurgisk behandling, läkemedelsbehandling och kombinerad levnadsvanebehandling. Utifrån att det nationellt och internationellt tillämpas olika mätmetoder för mätning av viktnedgång efter kirurgisk behandling är det fortsatt viktigt att följa utvecklingen av effekten på gruppnivå.

Det finns flera läkemedel som kan användas vid behandling av diagnostiserad obesitas. I dagsläget ingår ett av dessa i läkemedelsförmånerna och har prioriterats i de nationella riktlinjerna. Vid utvärderingen av vården vid obesitas kommer läkemedel att följas upp. Socialstyrelsen fortsätter även följa utvecklingen avseende om eventuellt fler obesitasläkemedel inkluderas i den statliga läkemedelsförmånen, vilket skulle kunna betyda att rekommendationerna, indikatorerna och målnivåerna behöver uppdateras.

I samband med utvärdering av vården vid obesitas är målnivåerna ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. En förutsättning för att kunna följa upp och utvärdera vårdens utveckling och kvalitet över tid, är att åtgärder dokumenteras och registreras till Socialstyrelsens register och till nationella kvalitetsregister. I en utvärdering av vården vid obesitas kommer Socialstyrelsen se på resultat för målnivåerna och lyfta fram exempel på regioner som kommit långt i sitt arbete, detta för att underlätta för andra regioner att ta del av strategier som ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
2. Nationella riktlinjer Indikatorer för vård vid obesitas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
3. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
4. Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg). Hämtad 2024-03-27 från <https://www.ucr.uu.se/soreg/>
5. Barnobesitas Registret i Sverige (BORIS). Hämtad 2024-11-27 från <https://www.e-boris.se/>
6. Vård som inte bör göras – Följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Vård som inte bör göras – Följsamheten till nationella riktlinjer. Artikelnummer: 2023-11-8818.
7. Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val. En rapport framtagen på uppdrag av svenska läkaresällskapet 2023. Hämtad 2024-09-12 från https://www.sls.se/globalassets/sls/halsa--sjukvard/dokument/rapport_sls_kkv-20230823.pdf

Bilaga 1. Förteckning över samtliga indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid obesitas.

Tabell 1. Övergripande indikatorer för vård vid obesitas

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

*Utvecklingsindikator

Tabell 2. Indikatorer för vård vid obesitas, barn

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

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna

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

*Utvecklingsindikator.

→ Läs mer om indikatorerna i rapport *Indikatorer för vård vid obesitas* på Socialstyrelsens webbplats.

Bilaga 2. Deltagarförteckning

Projektorganisation, nationella målnivåer obesitas

Projektledning, Socialstyrelsen	
Ann-Sofie Bertilsson	Projektledare
Christina Broman	Enhetskoordinator, metodstöd
Gudrun Jonasdottir Bergman	Statistiker
Katrin Bjerhag	Enkätkonstruktion
Mikael Nyman	Diagram produktion
Maria State	Projektägare

Expertgrupp	
Kajsa Järholm	Docent i psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Skånes universitetssjukhus.
Lovisa Sjögren	Barnläkare, med.dr, överläkare Regionalt obesitascentrum Barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset.
Magnus Sundbom	Adjungerad professor, Uppsala universitet. Överläkare, verksamhetsområde kirurgi, Akademiska sjukhuset Uppsala.
Ylva Trolle Lagerros	Överläkare, överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm, specialist i internmedicin, docent i epidemiologi, Karolinska Institutet, Stockholm.

Konsensusgrupp	
Sjukvårdsregioner	
Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Stockholm Gotlands sjukvårdsregion
Wathik AlSalim*, Torsten Olbers**	Södra sjukvårdsregionen
Frida Andersson	Sjukvårdsregion Mellansverige
Björn Lindkvist*, Anna Biveby Nilsson**	Västra sjukvårdsregionen

Konsensusgrupp	
Anna Näslund	Norra sjukvårdsregionen
Torsten Olbers	Sydöstra sjukvårdsregionen
Nationellt programområde	
Niclas Abrahamsson	NPO endokrina sjukdomar
Nationella primärvårdsrådet	
Anna Gustafsson*, Marije Galavazi**	Nationella primärvårdsrådet***
Patientförening	
Jenny Vinglid	Riksförbundet Obesitas Sverige
Professionsföreningar	
Anne Christenson	Fysioterapeuterna
Otto Gabrielsson	Psykologförbundet
Pernilla Danielsson-Liljeqvist	Svenska barnläkarföreningen
Else Hellebö Johansson	Dietisternas riksförbund
Karin Mossberg*	Svensk Förening för Allmänmedicin
Erik Stenberg	Svensk kirurgisk förening

*Deltog inte vid konsensusmötet.

** Ersättare vid konsensusmötet.

***konsensusdeltagarna har anmält intresse hos Nationella primärvårdsrådet för att delta och representerar regionernas primärvård.



Nationella riktlinjer 2025: Målnivåer – vård vid obesitas (artikelnr 2025-1-9397)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.