

Den ojämlika obesitasvården



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Schäfer Elinder L, Fors S, Karnehed N, Tynelius P. Den ojämlika obesitasvården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:3.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@regionstockholm.se



Rapport 2022:3

ISBN 978-91-87691-88-1



Författare: Liselotte Schäfer Elinder, Stefan Fors, Nina Karnehed, Per Tynelius



Språkgranskning: Emma Frekke

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Nina H. Niestroj, NHS Photodesign

Stockholm mars 2022

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att undersöka om fetmabehandling sker på lika villkor i Region Stockholm. I denna rapport pekar vi på viktiga utmaningar i behandlingen av personer med obesitas, eller fetma. Vi har valt att undvika ordet fetma, då det kan upplevas kränkande. För det första visar rapporten att obesitas är en underdiagnostiserad sjukdom och att de som får en diagnos i låg grad erhåller behandling. Betydligt fler i länet borde således erbjudas behandling och vårdpersonal är i behov av fortbildning i bemötande och behandling av patienter med obesitas.

För det andra finns det tecken på att behandling inte ges på lika villkor. Män diagnostiseras och behandlas i mindre utsträckning än kvinnor trots att obesitas är vanligare bland män. Vilka läkemedel som förskrivs varierar också beroende på patientens inkomstnivå.

Utifrån rapporten föreslår vi att det även bör undersökas vilken roll den privata obesitasvården, som patienten själv bekostar, spelar för jämlikheten. Detta eftersom det finns en stor skillnad i tid från diagnos till operation inom den offentliga hälso- och sjukvården i relation till patientens inkomst.

Med ett större fokus på förebyggande insatser i samhället skulle trycket på vården sannolikt minska, vilket i sin tur skulle ge bättre förutsättningar för mer jämlik diagnostik och behandling av obesitas.

Vi vill tacka Ylva Trolle Lagerros, överläkare vid Överviktscentrum, Akademiskt Specialistcentrum, Region Stockholm och Joanna Uddén Hemmingsson, överläkare vid Obesitascentrum Capio St Görans sjukhus för värdefulla bidrag till rapporten. Stort tack också till Jenny Vinglid från Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek för kloka synpunkter.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	7
Utredning av och behandling vid obesitas.....	8
Rådgivning om levnadsvanor i primärvård och levnadsvanebehandling vid specialisterheter	8
Läkemedelsbehandling och kostersättning	9
Obesitaskirurgi.....	10
Metod	12
Datakällor	12
Obesitasdiagnos	12
Sensitivitetsanalyser	12
Samtal med vårdpersonal	13
Resultat	14
Förekomst av obesitas i regionen och andelen med en obesitasdiagnos	14
Behandlingsalternativ	15
Betydelsen av socioekonomi och födelse-land för diagnos och behandling av obesitas	16
Betydelsen av inkomst för sannolikheten av få en obesitasbehandling.....	17
Läkemedelsbehandling vid obesitas	18
Obesitasoperation	20
Betydelsen av inkomst och utbildning för sannolikheten att få en obesitasoperation	21
Betydelsen av ålder för sannolikheten att få en obesitasoperation	22
Betydelsen av födelse-land för sannolikheten att få en obesitasoperation	23
Diskussion	24
Underdiagnostisering av obesitas	24
Underbehandling av obesitas inom offentlig vård	24
Behandling av obesitas i ett jämlikhetsperspektiv	25
Ålder	25
Kön.....	25
Bostadsområde.....	25
Härkomst.....	25
Inkomst.....	25
Insatser som skulle kunna bidra till en mer jämlik diagnostik och vård av obesitas	26
Referenser	28

Sammanfattning

Övervikt och obesitas, det vill säga fetma, ökar stadigt i befolkningen i Sverige och i Stockholms län och är en av de främsta orsakerna till förlorade friska levnadsår. I denna rapport undviker vi ordet fetma, då det kan uppfattas som kränkande. Syftet med den här rapporten är att undersöka om obesitasbehandling sker på lika villkor avseende ålder, kön, födelseland, inkomst och utbildning. I dag finns tre behandlingsalternativ vid obesitas; rådgivning om levnadsvanor, läkemedel eller operation, där operation är den mest effektiva metoden.

Data i denna rapport baseras på befolkningen i åldrarna 18–79 år som var bosatt i Stockholms län den 1 januari 2018 och är hämtade från VAL-databaserna som inkluderar den offentligt finansierade vården i regionen. Sociodemografiska data är hämtade från Statistiska Centralbyrån och förekomsten av obesitas är självrapporterad från folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” från 2018. Resultaten har justerats för ålder och kön där så är relevant.

Resultaten visar att det i Stockholms län sker en kraftig underdiagnostisering av obesitas. Uppskattningsvis får 40 procent eller färre av de som har obesitas en diagnos, män i lägre utsträckning än kvinnor. Av de med obesitas är det endast 64 procent som får någon typ av behandling inom den offentliga vården. Enbart rådgivning ges till 53 procent medan 7 procent också får läkemedel och 4 procent får en obesitasoperation.

Vården av obesitas är ojämlig i en rad avseenden främst gällande kön, ålder, födelseland och inkomst. Män får diagnos och behandling i lägre utsträckning än kvinnor trots något högre förekomst av obesitas. Det är vanligare att yngre personer med en obesitasdiagnos opereras jämfört med patienter över 50 år. Sannolikheten för personer födda utanför Norden att få en obesitasoperation inom den offentliga vården är något lägre jämfört med personer födda i Norden. Obesitasoperationer är vanligast bland medelinkomsttagare trots att diagnosen är vanligare bland låginkomsttagare. En tydlig skillnad ses också i förskrivningen av läkemedel mot obesitas, där det är betydligt vanligare att höginkomsttagare behandlas med dyra, icke-subsventionerade läkemedel, jämfört med låginkomsttagare. Ytterligare en tydlig skillnad är att det tar tio till elva månader längre tid från diagnos till operation för dem med låg inkomst jämfört med dem med hög inkomst.

Det finns en rad tänkbara förklaringar till den ojämliga vården av obesitas mellan olika grupper såsom skillnader i allvarlighetsgraden av och synen på obesitas inom patientgruppen, stigmatisering och diskriminering, betalningsförmåga till inköp av läkemedel och privat vård, kunskapsnivå om obesitas och dess orsaker samt konsekvenser och behandlingseffektivitet bland vårdpersonal. För att få insyn i denna komplexa fråga skulle man behöva tillgång till kliniska data inom både den offentliga och privata vården, och genomföra intervjuer med vårdpersonal och patienter.

Oavsett orsaker bedömer vi att följande insatser skulle kunna leda till mer jämlik diagnostik och behandling av obesitas:

1. Fler obesitasdiagnoser bör ställas när patienten besöker vården av andra skäl.
2. Fler med obesitasdiagnos bör erbjudas behandling.
3. Läkemedelsbehandlingen bör bli mer jämlik och effektiva läkemedel bör subsventioneras.

4. Det behövs fortbildning av vårdpersonal i bemötande och behandling av patienter med obesitas och om den stigmatisering som följer med sjukdomen.
5. Större fokus på förebyggande insatser i samhället skulle minska trycket på hälso- och sjukvården och därmed kunna leda till en mer jämlik diagnostik och behandling av obesitas.

Följande områden behöver undersökas vidare:

1. Det bör studeras varför en stor andel med obesitasdiagnos inte får behandling – beror det på vården eller patienten eller både/och?
2. Det bör undersökas vilken roll den privata obesitasvården spelar för jämlikhet i behandlingen.
3. Det bör undersökas vad som ligger bakom den stora skillnaden i tiden från diagnos till operation i relation till inkomst.

Bakgrund

Övervikt och obesitas, även kallat fetma, ökar stadigt i befolkningen i Sverige och i Stockholm och är en av de främsta orsakerna till förlorade friska levnadsår. Ett högt kroppsmasseindex (BMI) ökar risken för en lång rad kroniska sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes, njursjukdom, sjukdomar i rörelseorganen och cancer, men ger även upphov till social stigmatisering och dess konsekvenser. I dag ger högt BMI upphov till cirka åtta procent av den totala sjukdomsördan i Sverige och sex procent i Stockholm, enligt Global Burden of Disease-studien (1).

Övervikt och obesitas ökar över tid i stort sett i alla åldrar (2). Orsakerna finns att hämta i miljön, våra levnadsvanor och gener. Sedan ökningen av obesitas satte fart för cirka 50 år sedan har vårt samhälle genomgått stora förändringar med ett ständigt växande utbud av energirika livsmedel tillgängliga dygnet runt samtidigt som vi inte rör på oss lika mycket i arbetet och på fritiden. I kombination med ärftliga anlag, livsstilsfaktorer, psykologiska faktorer och användning av vissa läkemedel som resulterar i viktuppgång, har detta lett till en obalans mellan energiintag och energiförbrukning. Det finns tydliga skillnader i förekomst av övervikt och obesitas i olika grupper i befolkningen och beroende på var man bor, vilket ger upphov till stora sociala och geografiska skillnader i förekomsten av denna sjukdom i Stockholms län, i Sverige och globalt.

Obesitas är en sjukdom med ICD-koden E66. Obesitasdiagnos ställs vid ett BMI över 30 kg/m² inom öppenvård eller slutenvård. Sedan 1980-talet har det skett en tredubbling i andelen personer med BMI över 30 kg/m² i befolkningen, och andelen ligger nu på cirka 13 procent i Stockholms län (3) och 16 procent i övriga landet (2). Detta är sannolikt en underskattning, då förekomsten bygger på självrapporterade data, där respondenten ofta underskattar sitt BMI. Variationen inom Stockholms län är dock stor och varierar från 5 till 22 procent mellan olika kommuner (3). Bland de med lång utbildning är den åldersjusterade förekomsten 7 procent, medan den hos de med kort utbildning är 15 procent, och motsvarande 7 procent för den högsta inkomstkventilen mot 12 procent för den lägsta kvintilen, det vill säga de 20 procenten med högst respektive lägst inkomst. Förekomsten av åldersjusterad obesitas varierar också med födelseland och är lägst bland personer som är födda i Sverige (10 procent), högre bland personer födda i Norden utanför Sverige (14 procent), i övriga Europa (12 procent) och i länder utanför Europa (14 procent) (3).

Medan män har en väsentligt högre förekomst av övervikt är diagnosen obesitas bara lite vanligare bland män än kvinnor. Förekomsten av obesitas i Sverige ökar linjärt med åldern från 2 procent hos fyraåringar till över 20 procent bland personer över 45 år (2). Bland unga i åldern 16–25 år har en stor andel av de med diagnosen obesitas även hög grad av samsjuklighet, till exempel en neuropsykiatrisk diagnos och nedsatt psykisk hälsa (4). Även bland personer med intellektuell funktionsnedsättning är förekomsten av obesitas väsentligt högre än i övriga befolkningen (5).

I denna rapport redovisas diagnostisering och behandling av obesitas efter ålder, kön, kommun eller stadsdel, inkomst, utbildning och födelseland. Syftet är att undersöka om obesitasbehandling sker på lika villkor avseende dessa kriterier.

Utredning av och behandling vid obesitas

I detta avsnitt ges en översiktlig genomgång av hur obesitas utreds och behandlas inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm enligt gällande Regionalt vårdprogram övervikt och fetma från 2016 (6).

Utredning av en patient med obesitas inför behandling syftar till att kartlägga obesitassjukdomens förlopp och identifiera faktorer som bidragit till viktutvecklingen för att ge så riktad och individuellt anpassad behandling som möjligt. Vårdgivaren behöver också undersöka patientens förutsättningar att påbörja viktreduktionsbehandling och stötta patienten i att undanröja hinder före viktbehandling såsom medicinska, psykiska, och sociala hinder, samt bristande motivation och stress, liksom att utreda och behandla eventuella följsjukdomar. I allvarliga fall får patienten en remiss till specialiserad öppenvårdsmottagning (7). För unga vuxna 16–25 år med BMI över 35 kg/m² eller med BMI över 30 kg/m² och följsjukdomar erbjuder Överviktscentrum specialistbehandling efter remiss från läkare. Behandlingen är beteendeorienterad och man utför inte kirurgisk behandling men har ett nära samarbete med opererande enheter. För vuxna över 25 år är den nedre BMI-gränsen 45 kg/m², alternativt ett BMI-värde över 35 med obesitasrelaterade följsjukdomar som inte kan tas om hand inom primärvården.

I dag finns i tre behandlingsalternativ vid obesitas (7): 1) Kvalificerat rådgivande samtal om levnadsvanor inom primärvården avseende kost och fysisk aktivitet samt stöd för genomförande som kan ges i grupp eller enskilt. Det kan ske på vårdcentral och/eller primärvårdsrehabilitering. En mer avancerad levnadsvanebehandling inklusive psykologiskt stöd kan även ges inom psykiatri eller på specialiserade medicinska enheter; 2) läkemedel och 3) obesitaskirurgi. Patienter som får läkemedel eller kirurgi bör även få rådgivning. Jämfört med levnadsvanebehandling eller ingen behandling alls, minskar operation den långsiktiga risken för att dö i förtid, diabetes, hjärtinfarkt, stroke och cancer (cancer enbart hos kvinnor) (8). Operation har också visats leda till längre livslängd i ytterligare en studie (9). Dock är livslängden bland de opererade fortfarande kortare än i den övriga befolkningen.

Förväntad viktnedgång efter två år vid icke-kirurgisk behandling är i snitt cirka fem till tio procent av ursprungsvikten. I de flesta studier som följt patienter i mer än två år ser man att cirka 15–30 procent av patienterna lyckas behålla en lägre vikt (6). Viktnedgång efter kirurgisk behandling är cirka 20–30 procent, men spridningen är stor. De flesta som har genomgått operation ökar några kilo i vikt igen över tid och cirka 20 procent återfaller med signifikant viktökning (6). Av de som opereras för obesitas drabbas cirka tre procent av svåra komplikationer av själva operationen (10). För varaktig viktreduktion med positiva hälsoeffekter krävs hälsosamma levnadsvanor som är hållbara över längre tid. Nya nationella riktlinjer för obesitasbehandling är under utveckling och förväntas gå ut på remiss våren 2022. Socialstyrelsen planerar att utvärdera vården för personer med obesitas i anslutning till arbetet med riktlinjerna.

Rådgivning om levnadsvanor i primärvård och levnadsvanebehandling vid specialistenheter

Primärvården utgör basen för behandling av obesitas i regionen och den grundläggande utredningen i samverkan med primärvårdsrehabiliteringen. Vårdcentralen kan erbjuda strukturerat program för viktreduktionsbehandling enskilt eller i grupp (6). Behandling av obesitas sker bäst i multidisciplinärt samarbete där teamet kan innefatta läkare,

dietist, diabetessköterska, psykosociala teamet, fysioterapeut och andra professioner som till exempel arbetsterapeut. Primärvårdsrehabiliteringens uppdrag är dels kunskapsförmedling avseende kost och fysisk aktivitet, dels stöd för genomförande. Vid samtal kring kost bör regelbunden måltidsordning, balanserade näringsrika måltider samt begränsning av utrymmesmat och dryck diskuteras. Strukturerat stöd i förändringsarbetet med behandlingsmanual omfattande kost och fysisk aktivitet kan ges i grupp eller enskilt. Det kan ske på vårdcentral eller primärvårdsrehabilitering, eller i samverkan beroende på lokala förutsättningar, som till exempel tillgång till dietist eller lokaler för gruppträffar.

En patient med BMI över 30 kg/m² och önskan om viktreduktion behandlas i samverkan mellan vårdcentral och dietist, beroende på vilka resurser som finns på respektive enhet för strukturerat behandlingsprogram, i grupp eller enskilt. En patient med selektivt ätande, födoämnesallergier och -intoleranser kan behöva stöd av dietist även om viktreduktionsbehandling ges hos till exempel distriktssköterska. På specialistenheter i regionen ges en mer strukturerad levnadsvanebehandling som är inriktad på beteendeförändring. Här erbjuds även psykologisk/psykiatrisk behandling efter patientens behov.

Läkemedelsbehandling och kostersättning

Läkemedel kan ges som ett komplement till viktbehandling i primärvården (7). Patienten ska erbjudas fortsatt stöd till förändring av levnadsvanor under behandlingstiden. Behandlingen bör utvärderas efter tre månader med full dos och avbrytas om viktnedgången är mindre än fem procent av utgångsvikten.

Preparat som är godkända för behandling av övervikt/obesitas är Orlistat (Xenical) (subventionerat) som minskar upptaget av fett från tarmen och ges i kombination med levnadsvanebehandling. Liraglutid (Saxenda) (icke-subventionerat, kostnad cirka 2 500 kr/månad) som även används i behandlingen av typ 2-diabetes ges som dagliga subkutana injektioner och har en aptitnedsättande effekt. Behandlingseffekten av Saxenda är måttlig men i nivå med tidigare viktreducerande läkemedel och har visat på gynnsamma effekter på kardiovaskulära riskfaktorer (11). Läkemedlet Mysimba (icke-subventionerat, kostnad cirka 1 100 kr/månad) består av Bupropion plus Naltrexon i fast kombination. Det tas peroralt, det vill säga via munnen, och har också en aptitnedsättande effekt. Behandlingseffekten är måttlig men i nivå med tidigare nämnda viktreducerande läkemedel. Viktnedgång leder till gynnsamma effekter på kardiovaskulära riskfaktorer (11). Nyligen godkändes Semaglutid för behandling av obesitas av den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA. Den förskrivs i Sverige endast på indikationen typ 2-diabetes, men har visat sig ha god effekt på viktning med en subkutan injektion per vecka (12). Det pågår mycket forskning för att få fram mer effektiva läkemedel mot obesitas och att individanpassa dem till specifika metaboliska profiler. I en ny översiktsartikel menar forskarna att det är troligt att viktning upp till 20 procent är möjligt med de nya läkemedlen (13).

Patienter med intellektuell funktionsnedsättning ordinerar sällan läkemedel. Läkemedlet Orlistat ger fettdiarré som biverkning om inte fettintaget minskas drastiskt, vilket kan vara svårt för denna målgrupp. Läkemedel som inte är subventionerade är också svåra att bekosta för personer med låga inkomster.

Indikationen för läkemedelsbehandling är:

- BMI över 30 kg/m² eller
- BMI på eller över 28 kg/m² vid ytterligare riskfaktor (Orlistat)

- BMI på eller över 27 kg/m² tillsammans med en eller flera viktrelaterade sjukdomar till exempel typ 2-diabetes eller prediabetes, dyslipidemi, obstruktiv sömnapné eller kontrollerad hypertoni (Mysimba och Saxenda).

I tillägg till läkemedel kan olika kostersättningar ges som består av kompletta dieter med lågt energiinnehåll (400–1200 kcal/dygn). För kostersättning gäller följande indikationer:

- Preoperativt ges oftast lågenergidiet (LED) i två veckor inför obesitaskirurgi för att minska leverns storlek och på så sätt underlätta det kirurgiska ingreppet och minska risken för postoperativa komplikationer.
- För egenvård i två veckor eller i kommersiella program som kan hänvisa patienten till ordinarie läkare för kontroll före läkemedelsbehandling.
- På specialistklinik vid behandling av obesitas med komplikationer.

Om patienten efter sex månader av aktiva behandlingsinsatser inte uppnått viktnedgång, har ett stadigvarande BMI på 35 kg/m² eller mer samt allvarlig obesitasrelaterad följsjukdom, eller BMI på 45 kg/m² eller mer utan följsjukdom, kan remiss till Överviktscentrum eller till kirurgisk klinik övervägas. Unga vuxna 16–25 år kan remitteras direkt till Överviktscentrum om BMI är 35 kg/m² eller mer eller om BMI är 30 kg/m² eller mer och patienten har en viktrelaterad följsjukdom. På Obesitascentrum, Capio St Görans sjukhus, erbjuds specialiserad medicinsk behandling och även kirurgi. Gränsen för intag är ett BMI på 35 kg/m² eller mer och tidigare försök till viktreduktion och/eller någon form av samsjuklighet.

Obesitaskirurgi

Obesitaskirurgi är indikerat för vuxna i åldern 18–60 år med ett BMI på 35 kg/m² eller mer utan strikt krav på samsjuklighet. Indikationen för obesitaskirurgi stärks dock vid komplikationer som typ 2-diabetes, svår sömnapné, uttalade besvär i viktberörande leder och ofrivillig infertilitet hos kvinnor. I Region Stockholm utförs offentligt finansierade obesitasoperationer på sex sjukhus: Danderyd, Ersta, Norrtälje, Capio St Görans sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje. Ytterligare tre enheter i regionen erbjuder operation i privat regi som bekostas av patienten: Aleris Obesitas Stockholm, Capio CFTK och Sophiahemmet. År 2019 utfördes totalt 1 491 obesitaskirurgiska operationer i regionen, varav 63 procent var offentligt finansierade och 37 procent var privatfinansierade (10). En privatfinansierad obesitasoperation kostar cirka 80 000 kronor och inkluderar två års uppföljning.

Det finns huvudsakligen två operationsmetoder: gastric bypass och sleeve gastrectomi. Antalet operationer i Sverige toppade år 2011 med cirka 8 000 operationer per år och har sedan dess sjunkit till 3 000 operationer 2019 (10). Under pandemin har det skett ytterligare minskning i antalet obesitasoperationer. Väntetider innan operation varierar, privata vårdgivare har betydligt kortare väntetid. Vid bedömning av tillståndets svårighetsgrad tas hänsyn till förekomst av följsjukdomar, andra sjukdomar samt livskvalitet och ålder. Vid svåra besvär i viktberörande leder där viktreduktion är nödvändig inför ledprotesoperation kan kirurgisk behandling övervägas för patienter äldre än 60 år.

Innan en patient skrivs in för operation får denna ta del av information om operationens för- och nackdelar, om de förändringar avseende kosthållning som krävs för ett gott

resultat på kort och på lång sikt samt behov av substitutionsbehandling med vitaminer och mineraler. Bedömning och beslut om operation tas efter att patienten tagit del av informationen. Inför operationen krävs rökstopp i minst fyra veckor och patienten ordinerar lågkaloridiet under två till fyra veckor i syfte att minska leverns volym och underlätta ingreppet, om det inte finns kontraindikationer för denna kost (6). Unga vuxna 16–25 år går först i ett pre-operativt program på Överviktscentrum och remitteras därefter till kirurgi. Ytterligare remisskriterier för kirurgisk behandling är egen vilja att genomgå operationen, full insikt och acceptans av ingreppets begränsningar och av de förändringar i levnadssättet som en operation leder till, tidigare seriösa viktreduktionsförsök samt en stabil psykosocial situation.

Efter kirurgi krävs livslång substitutionsbehandling med vitaminer och mineraler i en sammansättning som varierar beroende på patientens kosthållning (6). Behandlingen ska enligt vårdprogrammet följas upp med årliga blodprover och substitutionsbehandlingen justeras. Inför graviditet är det extra viktigt med substitution med folsyra. Hudkostymen påverkas på flera sätt vid obesitas och viktreduktion. I Region Stockholm är det främst bukplastik som beviljas inom den offentliga vården. Obesitasbehandling av patienter 65–80 år, med BMI 30 kg/m² eller mer ska ske efter noggrant övervägande av potentiella vinster med viktnedgång enligt det regionala vårdprogrammet.

Metod

Datakällor

I den här rapporten baseras data på befolkningen i åldrarna 18–79 år som var bosatt i Stockholms län den 1 januari 2018. Sjukvårdsdata har hämtats från VAL-databaserna 2013–2019. VAL är en administrativ databas som täcker över 99 procent av statistik över hälso- och sjukvården med ersättning från Region Stockholm. VAL innehåller data om slutenvård, öppenvård, listningsinformation från husläkarsystemet, flyttningar till/från Stockholms län, avlidna inom länet samt recepttransaktioner. Registerhållare är Region Stockholm och syftet är att administrera kostnader och ersättningar för offentligt finansierad vård. För obesitasoperationer och läkemedel är data från 2017–2019. Resultaten för obesitasoperationer är begränsade till åldrarna 18–60 år, då få personer över 60 år opereras.

Sociodemografiska data för 2018 har hämtats från Statistiska Centralbyrån (SCB). Uppgifter om självrapporterad obesitas är hämtade från folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) från 2018. År 2018 valde Region Stockholm att beställa ett regionalt tilläggsurval i den nationella folkhälsoenkäten som genomförs av Folkhälsomyndigheten i samarbete med SCB. Urvalet bestod av 59 000 personer i åldrarna 16–84 år. Totalt svarade 39 procent av dem på enkäten. Områdesdata representerar kommuner i Stockholms län samt stadsdelar i Stockholms stad.

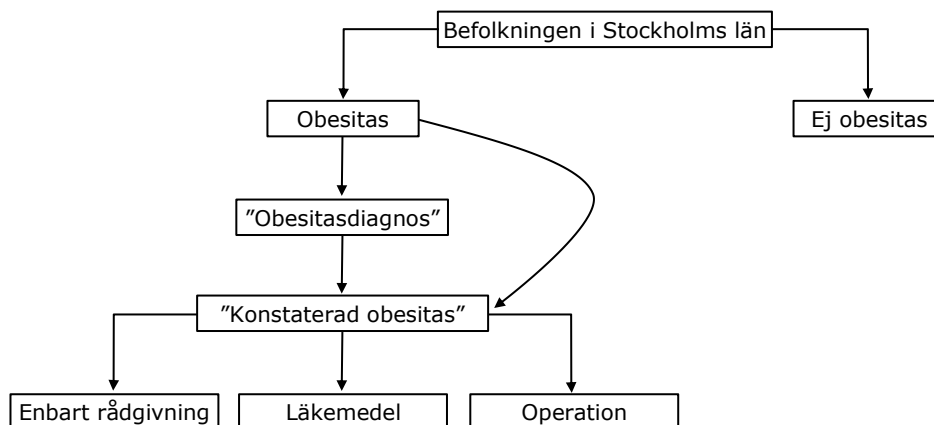
Obesitasdiagnos

Andelen i befolkningen som har en obesitasdiagnos (E66) ligger väsentligt lägre än den uppskattade förekomsten av obesitas i befolkningsundersökningar. Det finns därför ett mörkertal bestående av de som uppfyller kriterier för obesitasdiagnos men inte har någon diagnos registrerad i sjukvården eller som har fått läkemedelsbehandling mot obesitas utan registrerad diagnos.

Av de som fått läkemedel mot obesitas har endast 56 procent en registrerad obesitasdiagnos i öppen- eller slutenvården. I princip samtliga (99,9 procent) som har opererats för obesitas har en tidigare obesitasdiagnos i öppenvården. Då det i öppenvården finns ett betydande antal patienter som behandlas för obesitas med läkemedel, men inte har en registrerad diagnos, har vi skapat gruppen ”konstaterad obesitas” där vi inkluderar alla som fått diagnosen obesitas (E66) i öppenvården (primärvård eller specialiserad öppenvård) eller i slutenvården eller de som fått obesitasläkemedel (Xenical, Saxenda eller Mysimba) förskrivna någon gång under 2013–2019 (se figur 1). De senare bör rimligen uppfylla kriterier för obesitasdiagnos även om ingen sådan finns registrerad i VAL. Endast ett mindre antal patienter har fått både läkemedel och operation (N=158) varav flertalet (N=154) hade fått läkemedel någon gång innan operation enligt VAL-databaserna.

Sensitivitetsanalyser

Sensitivitetsanalyser visar att de relativa riskerna som redovisas är ungefär lika oavsett om man utgår från de med enbart en öppenvårdsdiagnos eller med konstaterad obesitas. Dock blir andelen som opererats högre om man endast utgår från öppenvårdsdiagnoser eftersom nämnaren då blir mindre.



Figur 1. Diagnos och behandling av obesitas i Region Stockholm.

Samtal med vårdpersonal

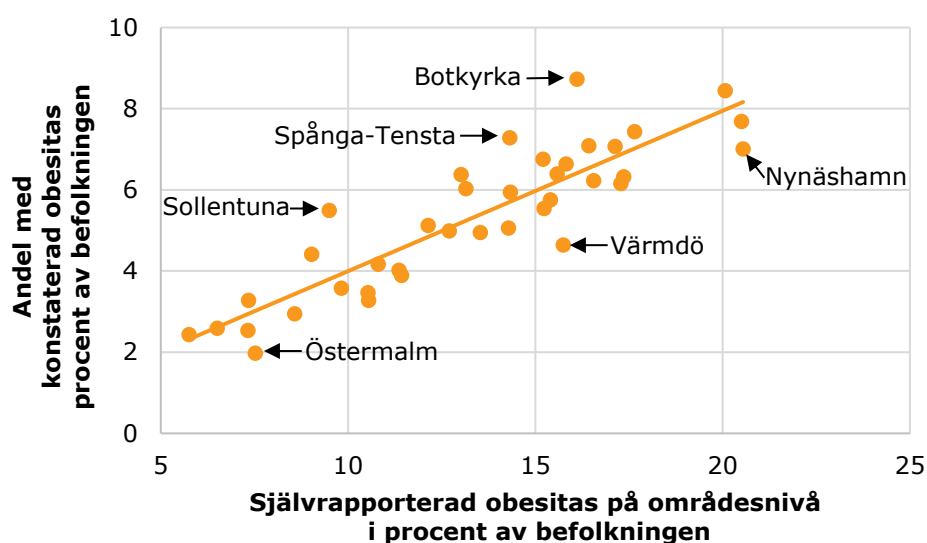
Samtal har förts med Ylva Trolle Lagerros, överläkare vid Överviktscentrum, Akademiskt Specialistcentrum, Region Stockholm, som har gett värdefulla synpunkter på rapporten. Överviktscentrum ansvarar för länets regionvård för medicinsk obesitasbehandling för alla vuxna, men också med särskilt uppdrag riktat till unga vuxna mellan 16–25 år som inkluderar nära samverkan med de obesitaskirurgiska klinikerna.

Joanna Uddén Hemmingsson, ordförande för *Svensk förening för obesitasforskning* och överläkare vid Obesitascentrum Capio St Görans sjukhus, har också läst och gett värdefulla kommentarer till rapporten. Obesitascentrum är ett integrerat medicinsk-kirurgiskt specialistcentrum för vuxna med obesitas från hela länet.

Resultat

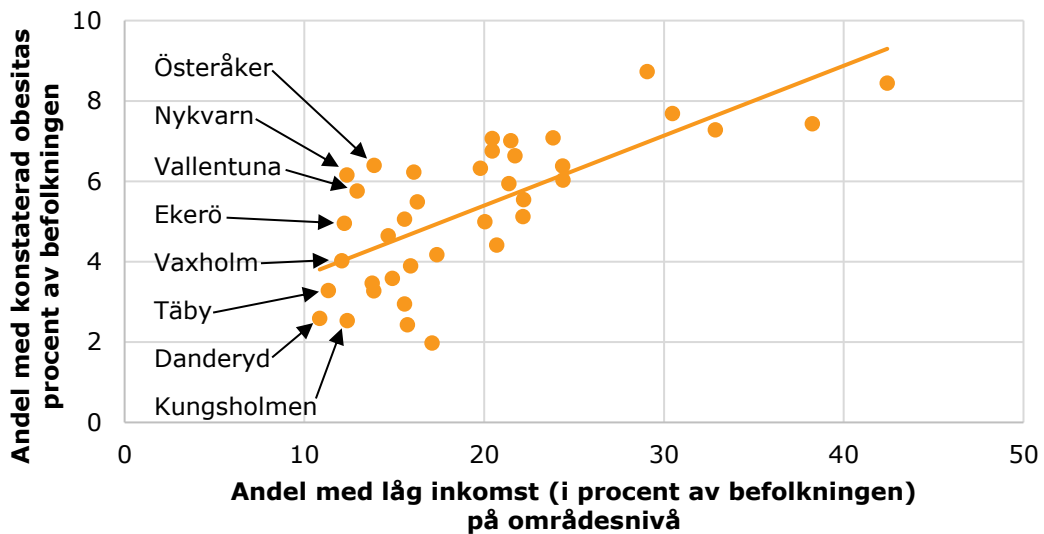
Förekomst av obesitas i regionen och andelen med en obesitasdiagnos

Figur 2 visar andelen som själva rapporterar att de har obesitas (BMI över 30 kg/m²) i relation till andelen i befolkningen som har konstaterad obesitas. Sambandet är någorlunda linjärt med några kommuner som avviker uppåt och andra neråt. Notera att i andelen med konstaterad obesitas ingår de som fått läkemedel mot obesitas utan registrerad diagnos – det vill säga att den reella diagnostiseringen är lägre (se metodavsnittet).



Figur 2. Sambandet mellan självrapporterad obesitas och andelen med konstaterad obesitas i befolkningen på områdesnivå.

Figur 3 visar sambandet mellan låg inkomst och andelen med konstaterad obesitas på områdesnivå. Eftersom förekomst av obesitas har ett negativt samband till inkomst på individnivå är detta samband förväntat, men det finns ändå en stor spridning i andelen som får en diagnos i områden med hög inkomst. Bland områden med en låg andel låginkomsttagare (10–13 procent av befolkningen) varierar andelen med en obesitasdiagnos från 2,5 procent på Kungsholmen till 6,4 procent i Österåker.



Figur 3. Samband mellan inkomst och obesitasdiagnos på områdesnivå.

Behandlingsalternativ

Tabell 1 visar förekomsten av självrapporterad obesitas, andelen med öppenvårdsdiagnos, konstaterad diagnos och andelen som har fått en operation. Enbart 40 procent av de som själva uppger att de har ett BMI på 30 kg/m² eller mer får en diagnos inom den offentliga vården. Män får diagnos och behandling i lägre utsträckning än kvinnor.

Tabell 1. Förekomst av obesitas, obesitasdiagnoser och behandling inom den offentliga vården i relation till hela befolkningen.

	Kvinnor %	Män %	Alla %
Andel med självrapporterad obesitas	12,2	13,5	12,8
Andel med diagnosen obesitas i öppenvården	5,5	3,1	4,3 (N=70 530)
Andel med konstaterad obesitas	6,8	3,4	5,1 (N=82 970)
Andel som fått rådgivning*	4,0	2,0	3,0 (N=49 830)
Andel som fått läkemedel	0,5	0,2	0,4 (N=5 950)
Andel som fått obesitasoperation	0,3	0,1	0,2 (N=2 680)

*Rådgivning enligt KVÅ-koderna för kost: DV051, DV054; fysisk aktivitet: DV132, DV200, QV012; psykosocialt stöd: DU035, DU110, DU113, DU118, QE009, QJ004, DV063.

Källa: Data från HLV 2018 och VAL-databasen.

Tabell 2 visar andelen som får behandling för sin obesitas. Endast 64 procent av de som har konstaterad obesitas får någon typ av behandling.

Tabell 3. Socioekonomi och födelse land bland de med obesitas jämfört med övriga befolkningen.

	Andel som har kort utbildning* %	Andel som har låg inkomst** %	Andel som är födda utanför Norden %
”Jämförelsepopulation”			
Befolkningen utan konstaterad obesitas	58	19	24
Befolkningen med konstaterad obesitas			
Har en öppenvårdsdiagnos	73	29	32
Har konstaterad obesitas	71	29	33
Utav de med konstaterad obesitas			
Fått icke-subventionerade läkemedel	61	20	41
Fått subventionerade läkemedel	74	42	66
Har opererats	74	27	33
Har endast fått annan åtgärd	73	29	31
Har inte fått behandling	69	27	31

*Mindre än två års eftergymnasial utbildning.

**Tillhör lägsta inkomstkvintilen (det vill säga 20 procent med lägst inkomst).

Betydelsen av inkomst för sannolikheten av få en obesitasbehandling

Tabell 4 visar att sannolikheten att erhålla någon typ av obesitasbehandling inom den offentliga vården är högst i gruppen med lägst inkomst. Eftersom de med lägst inkomst får operation i mindre omfattning än de med medelinkomster (jämför med tabell 6) betyder detta att de får rådgivning eller läkemedel i större omfattning än övriga.

Tabell 4. Sannolikheten att få någon typ av obesitasbehandling för personer med konstaterad obesitas i olika inkomstgrupper.

Inkomst	Andel invånare med konstaterad obesitas som fått någon behandling %	Relativ risk (95% CL)* av de med konstaterad obesitas
Lägsta kvintilen (≤20%)	66	1,43 (1,36–1,50)
Mellankvintiler (21–79%)	64	1,21 (1,15–1,26)
Högsta kvintilen (≥80%)	62	1 (ref)

*Justerat för ålder och kön.

Läkemedelsbehandling vid obesitas

I tabell 5 visas förskrivningen av läkemedel i olika utbildnings- och inkomstgrupper. Här syns en tydlig skillnad i inkomstens betydelse för vilka läkemedel en patient förskrivs. Det är dubbelt så vanligt att en låginkomsttagare (både kvinnor och män) får subventionerade läkemedel jämfört med en höginkomsttagare. Samtidigt är det närmare tre gånger vanligare att höginkomsttagare (både kvinnor och män) förskrivs icke-subventionerade läkemedel jämfört med låginkomsttagare. Utbildningsnivån spelar en mindre roll, dock tar de med lång utbildning obesitasläkemedel i något högre utsträckning än de med kort utbildning, vilket är tydligare bland männen än bland kvinnorna.

Tabell 5. Användning av subventionerade och icke-subventionerade läkemedel mot obesitas av de med konstaterad obesitas i olika inkomst- och utbildningsgrupper.

Inkomst	Utbildning	Andel* som fått något läkemedel mot obesitas %	Andel* som fått endast subventionerade läkemedel %	Andel* som fått endast icke-subventionerade läkemedel %
Kvinnor				
Låg (≤20%)	Kort	9,0 (8,5–9,5)	8,1 (7,7–8,6)	1,1 (0,9–1,3)
Mellan (21–79%)	Kort	7,2 (6,8–7,5)	5,4 (5,1–5,7)	1,8 (1,6–2,0)
Hög (≥80%)	Kort	6,2 (5,3–7,1)	3,5 (2,9–4,2)	3,0 (2,3–3,7)
Låg (≤20%)	Lång**	9,6 (8,5–11)	8,0 (7,1–9,0)	1,7 (1,3–2,2)
Mellan (21–79%)	Lång**	6,2 (5,7–6,6)	4,0 (3,6–4,3)	2,3 (2,0–2,5)
Hög (≥80%)	Lång**	7,2 (6,2–8,1)	4,1 (3,4–4,8)	3,3 (2,6–3,9)
Män				
Låg (≤20%)	Kort	7,2 (6,5–7,9)	6,8 (6,1–7,5)	0,5 (0,3–0,7)
Mellan (21–79%)	Kort	4,1 (3,7–4,4)	3,2 (2,9–3,5)	0,8 (0,7–1,0)
Hög (≥80%)	Kort	5,5 (4,6–6,3)	4,0 (3,3–4,8)	1,4 (1,0–1,9)
Låg (≤20%)	Lång**	10,6 (8,8–12)	9,8 (8,1–11,5)	0,9 (0,4–1,4)
Mellan (21–79%)	Lång**	5,7 (4,9–6,5)	4,5 (3,8–5,2)	1,1 (0,8–1,5)
Hög (≥80%)	Lång**	7,8 (6,5–9,1)	4,8 (3,8–5,8)	3,0 (2,2–3,9)

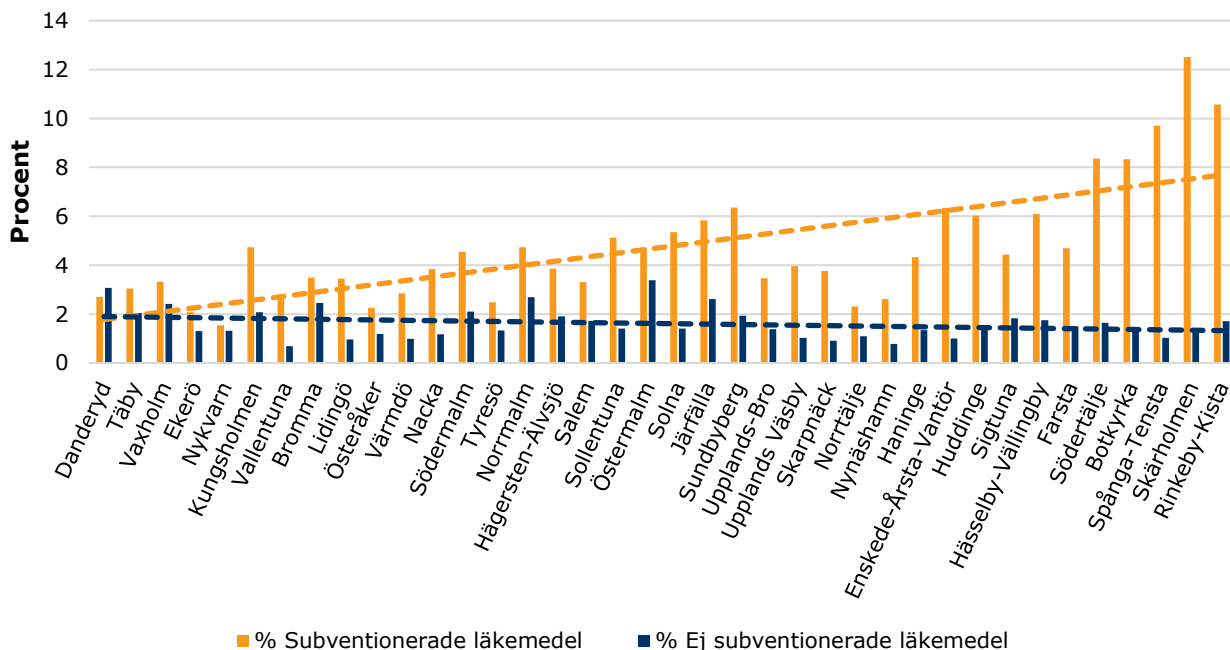
*Åldersjusterat

**Eftergymnasial utbildning två år eller mer.

Källa: Data från VAL databasen och SCB.

Figur 4 visar att personer med konstaterad obesitas i låginkomstområden i högre grad förskrivs subventionerade läkemedel mot obesitas jämfört med personer i höginkomstområden. Dessa skillnader drivs framför allt av den högre användningen av subventionerade läkemedel i stadsdelarna med lägst inkomster. Omvänt finns en svag

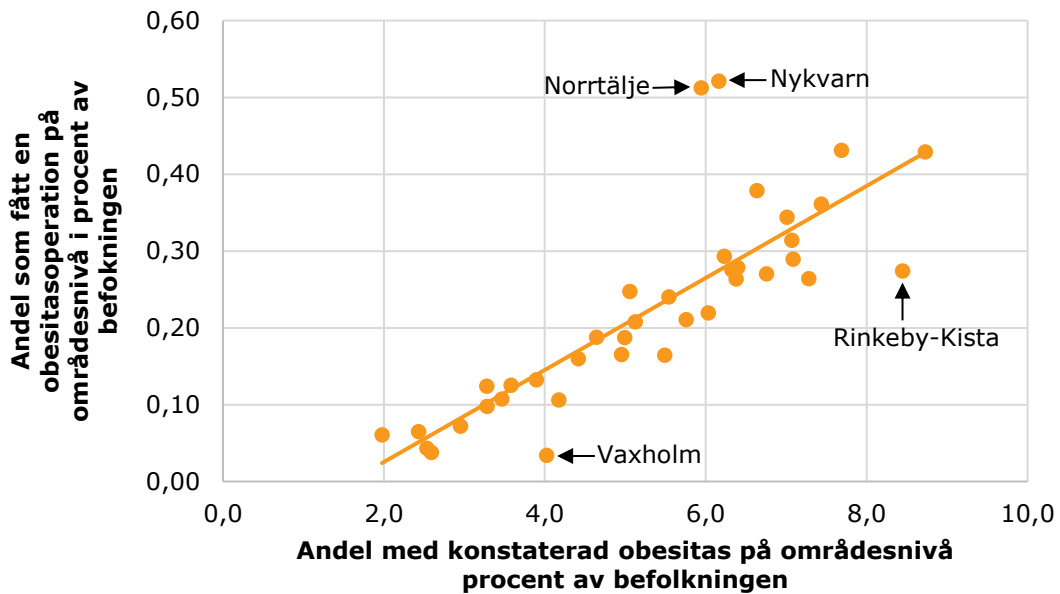
tendens till att individer med konstaterad obesitas i höginkomstområden i högre utsträckning tar läkemedel som inte subventioneras.



Figur 4. Andel som fått läkemedel av de med konstaterad obesitas på områdesnivå. Områden med högst inkomst till vänster i fallande ordning.

Obesitasoperation

Figur 5 visar ett linjärt samband mellan andelen med konstaterad obesitas och andel som får en operation på områdesnivå inom den offentliga vården. Utstickare är Norrtälje och Nykvarn som ligger över linjen och Vaxholm och Rinkeby-Kista som ligger under linjen. Detta betyder att befolkningen i Norrtälje och Nykvarn får operation för obesitas i större utsträckning än befolkningen i övrigt och Vaxholm och Rinkeby-Kista får operation i mindre utsträckning.



Figur 5. Samband mellan konstaterad obesitas och obesitasoperationer på områdesnivå.

Betydelsen av inkomst och utbildning för sannolikheten att få en obesitasoperation

I tabell 6 visas sannolikheten att få en obesitasoperation i relation till inkomst. Som det framgår är operation inom den offentliga vården vanligare bland dem med medelhöga inkomster.

Tabell 6. Sannolikheten att få en obesitasoperation i olika inkomstgrupper

Inkomst	Prevalens obesitas* (självrapporterad) i hela befolkningen %	Andel opererade i hela befolkningen %	Relativ risk (95% CI)* i hela befolkningen	Andel opererade av de med konstaterad obesitas %	Relativ risk (95% CI)* av de med konstaterad obesitas
Lägsta kvintilen (≤20%)	12,1	0,29	3,37 (2,90–3,93)	4,0	1,04 (0,89–1,22)
Mellankvintiler (21–79%)	12,6	0,22	2,57 (2,23–2,96)	4,8	1,31 (1,14–1,52)
Högsta kvintilen (≥80%)	8,5	0,09	1 (ref)	3,4	1 (ref)

*Justerat för ålder och kön.

Källa: Data från HLV 2018, VAL databasen och SCB.

I tabell 7 visas sannolikheten att få en obesitasoperation i relation till utbildningsnivå. Individer med kort utbildning som har en obesitasdiagnos har en något högre sannolikhet att få en obesitasoperation inom den offentliga vården än de med lång utbildning.

Tabell 7. Sannolikheten att få en obesitasoperation i olika utbildningsgrupper

Utbildning	Prevalens obesitas* (självrapporterad) i hela befolkningen	Andel opererade i hela befolkningen	Relativ risk (95% CI)* i hela befolkningen	Andel opererade av de med konstaterad obesitas	Relativ risk (95% CI)* av de med diagnostiserad obesitas
	%	%		%	
Kort utbildning	13,9	0,27	2,68 (2,45–2,92)	4,6	1,28 (1,17–1,40)
Lång utbildning**	7,8	0,13	1 (ref)	3,9	1 (ref)

*Justerat för ålder och kön.

**Eftergymnasial utbildning två år eller mer.

Källa: Data från HLV 2018, VAL databasen och SCB.

I tabell 8 syns en tydlig skillnad i tid från första öppenvårdsdiagnosen (registrering i VAL) till operation beroende på inkomst, men inte i relation till utbildning. För dem med låg inkomst tog det i genomsnitt tio till elva månader längre tid att få en offentligt finansierad operation, än för dem med hög inkomst.

Tabell 8. Tid från första öppenvårdsdiagnos till obesitasoperation inom offentlig vård i olika inkomst- och utbildningsgrupper.

Inkomst	Utbildning	Månader* (95% CI) ojusterat	Månader* (95% CI) justerat för kön och ålder
Låg (≤20%)	Kort	24,5 (22,9–26,2)	24,4 (22,5–26,3)
Mellan (21–79%)	Kort	22,0 (20,9–23,1)	21,9 (20,5–23,3)
Hög (≥80%)	Kort	14,9 (11,4–18,4)	14,7 (11,1–18,3)
Låg (≤20%)	Lång**	26,8 (23,6–30,0)	26,7 (23,3–30,0)
Mellan (21–79%)	Lång**	21,6 (19,7–23,5)	21,4 (19,2–23,6)
Hög (≥80%)	Lång**	15,5 (11,3–19,7)	15,2 (10,8–19,6)

*Tid från första registrerade obesitasdiagnos i öppenvården sedan 2013 fram till operation.

**Eftergymnasial utbildning två år eller mer.

Källa: Data från VAL-databasen och SCB.

Betydelsen av ålder för sannolikheten att få en obesitasoperation

I tabell 9 syns att sannolikheten för operation är högst bland de yngre åldersgrupperna med hänsyn tagen till andelen med diagnostiserad obesitas. I åldersgruppen över 50 år sker obesitasoperationer inom den offentliga vården i lägre omfattning. I dag rekommenderas inte obesitasoperation för personer över 60 år, men det förefaller som

om sannolikheten att opereras minskar redan vid 51 års ålder. En faktor som inte finns med i VAL är BMI, det vill säga; vi kan inte se om den ökade sannolikheten till operation beror på högre BMI hos yngre. Mot detta talar dock att BMI generellt sett ökar med åldern.

Tabell 9. Sannolikheten att få en obesitasoperation i olika åldersgrupper.

Ålder år	Prevalens obesitas (självrapporterad) i hela befolkningen %	Andel opererade i hela befolkningen %	Relativ risk (95% CI)* i hela befolkningen	Andel opererade av de med konstaterad obesitas %	Relativ risk (95% CI)* av de med konstaterad obesitas
18-30	6,2	0,16	0,86 (0,77-0,97)	5,3	1,79 (1,58-2,02)
31-40	9,5	0,24	1,30 (1,16-1,45)	4,9	1,62 (1,44-1,82)
41-50	12,6	0,26	1,40 (1,25-1,56)	5,0	1,75 (1,56-1,96)
51-60	15,5	0,19	1 (ref)	2,9	1 (ref)

*Justerat för kön.

Källa: Data från HLV 2018 och VAL databasen.

Betydelsen av födelseland för sannolikheten att få en obesitasoperation

I tabell 10 visas sannolikheten att få en operation för personer födda i och utanför Norden. De som är födda utanför Norden har en något lägre sannolikhet att få en obesitasoperation inom den offentliga vården jämfört med dem födda i Norden.

Tabell 10. Sannolikheten att få en obesitasoperation i relation till födelseland.

Födelse- land	Prevalens obesitas* (självrapporterad) i befolkningen %	Andel opererade i befolkningen %	Relativ risk (95% CI)* i befolkningen	Andel opererade av de med konstaterad obesitas %	Relativ risk (95% CI)* av de med konstaterad obesitas
Född utanför Norden	13,3	0,27	1,40 (1,30-1,52)	4,2	0,89 (0,82-0,96)
Född i Norden	10,3	0,19	1 (ref)	4,6	1 (ref)

*Justerat för ålder och kön.

Källa: Data från HLV 2018, VAL-databasen och SCB.

Diskussion

Denna rapport visar på ett antal problem när det gäller vårdens insatser för individer med obesitas.

Underdiagnostisering av obesitas

I Region Stockholm sker en kraftig underdiagnostisering av obesitas, uppskattningsvis 40 procent eller färre av de som har obesitas får en diagnos, män i lägre utsträckning än kvinnor. Även bland de som får läkemedel mot obesitas är det bara drygt hälften som har en diagnos. Vilka hinder det finns för att vården ska diagnostisera obesitas kan man spekulera i. I det regionala vårdprogrammet (6) konstateras att utbildningen om obesitas och obesitasbehandling ingår i alla sjukvårdens legitimationsyrken, men att kunskapen är fragmenterad och för det mesta otillräcklig för att vårdgivaren ska känna sig trygg i hela vårdförloppet och att fortbildning därför behövs. Problemet med underdiagnostisering är även vanligt internationellt (14). En annan anledning till den observerade underdiagnostiseringen kan vara att de som har obesitas inte får en diagnos har ett lägre BMI än de som faktiskt får en diagnos. Vidare kan det vara så att individer med obesitas som söker vård inte primärt söker vård för obesitas utan för andra hälsobesvär och att diagnos för obesitas då uteblir. Enligt en amerikansk studie finns en vida utbredd negativ attityd och fördomar bland läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal gentemot patienter med obesitas som gör att dessa individer i viss utsträckning undviker vården (15). En annan förklaring till underdiagnostisering kan vara att många med obesitas anser att de själva har orsakat problemet och måste lösa det själva och därför inte söker vård (14). Enligt studien av Kaplan (14) anser en majoritet (65 procent) av hälso- och sjukvårdspersonal att anledningen till att personer med obesitas inte söker vård är för att de är generade över sin vikt, medan bara 15 procent av personer med obesitas anger att de inte söker vård för att de är generade över sin vikt. I rapporten lyfts behovet av fortbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom obesitasdiagnostik och -behandling. Slutligen kan det vara så att det finns olika syn i befolkningen på obesitas som en sjukdom beroende på ursprungsland (Ylva Trolle Lagerroos, personlig kommunikation).

Underbehandling av obesitas inom offentlig vård

Det sker även en kraftig underbehandling av personer med obesitas, endast 64 procent av de som har en diagnos eller som får obesitasläkemedel får någon typ av behandling. Enbart rådgivning eller levnadsvanebehandling, som är den minst effektiva behandlingsmetoden, ges till 53 procent medan 7 procent får läkemedel och 4 procent får en operation, som är den mest effektiva behandlingen. I den amerikanska studien hävdar författarna vidare att vårdpersonal medvetet eller omedvetet diskriminerar patienter med obesitas på det sätt att de får sämre vård än de borde få i form av kortare konsultation, mindre livsstilsrådgivning och färre screeningstest (15). Behovet av fortbildning kring behandling av obesitas lyfts även i en svensk intervjustudie bland husläkare (16). I denna undersökning fanns ett signifikant samband mellan kunskap om effekterna av obesitasoperation och att läkaren faktiskt skrev en remiss till operation.

Det finns flera flaskhalsar när det gäller tillgång till behandling av obesitas. Överviktscentrum tar emot unga vuxna som inte uppnår signifikant förbättring av levnadsvanor och har stadigvarande BMI över 35 kg/m² för behandling och utredning

samt pre- och postoperativ behandling. För övriga vuxna kan centret i dag bara ta emot patienter med BMI på 45 kg/m² eller mer, eller BMI över 35 kg/m² med allvarlig obesitasrelaterad samsjuklighet (YTL, personlig kommunikation). Patienterna påbörjar ofta behandling ganska långt in i sjukdomsförloppet och kan då ha ett så pass högt BMI att det först krävs en omfattande och långvarig konservativ behandling för att ens kunna komma på fråga för obesitaskirurgi, eftersom riskerna med kirurgi anses för stora. På Capio St Görans sjukhus obesitascentrum är intagningsgränsen dock lägre, nämligen BMI över 35 kg/m² och mindre allvarlig samsjuklighet (Joanna Uddén Hemmingsson, personlig kommunikation).

Behandling av obesitas i ett jämlikhetsperspektiv

Obesitasbehandling som finansieras av det offentliga ges inte på lika villkor i regionen. Faktorer som ålder, kön, bostadsområde, härkomst och inkomst ser ut att spela roll för vilken vård som ges. Varför det är så bör undersökas närmare.

Ålder

Det är vanligare att yngre personer med en obesitasdiagnos opereras än patienter över 50 år. Man ser helst att operation sker före 60 års ålder om inte specifika skäl föreligger. Orsaken till den skeva åldersfördelningen bör undersökas närmare.

Kön

Obesitas är lite vanligare bland män, men ändå visar data från Region Stockholm att de får diagnos och behandling i lägre utsträckning än kvinnor. En möjlig förklaring kan vara att män efterfrågar vård i mindre utsträckning, då obesitas förefaller mer stigmatiserande för kvinnor (17). Denna bild bekräftas i en svensk intervjustudie bland husläkare (16). Att färre män än kvinnor genomgår en obesitasoperation ses även internationellt (18).

Bostadsområde

På områdesnivå finns ett linjärt samband mellan andelen med konstaterad obesitas och de som får en operation inom den offentliga vården. Ett fåtal kommuner och stadsdelar sticker dock ut. Anledningen till detta bör undersökas närmare.

Härkomst

Sannolikheten att få en obesitasoperation inom den offentliga vården för personer födda utanför Norden är något lägre än för personer födda i Norden. Orsakerna skulle kunna vara att de har mer samsjuklighet och därför är mindre lämpade för operation eller att de inte efterfrågar operation i samma utsträckning som personer födda i Norden. Andra möjliga förklaringar är att de söker vård i ursprungslandet eller att de diskrimineras i vården. Detta bör undersökas närmare.

Inkomst

Sannolikheten att få någon form av obesitasbehandling inom den offentliga vården bland de som har en diagnos är högst i gruppen med lägst inkomst. En anledning skulle kunna vara att de med låg inkomst har högre BMI och därmed svårare obesitas än de med hög inkomst, vilket skulle ge dem en högre prioritet i vårdköen. Tillgång till data om BMI skulle kunna besvara denna fråga. En annan möjlighet är att de med högre inkomst i högre utsträckning väljer privata alternativ som de betalar själva, till exempel en personlig tränare, dietist, coach eller operation.

Det är dubbelt så vanligt att en låginkomsttagare (både kvinnor och män) får subventionerade läkemedel jämfört med en höginkomsttagare. Samtidigt är det närmare tre gånger vanligare att höginkomsttagare (både kvinnor och män) behandlas med icke-subventionerade läkemedel jämfört med låginkomsttagare. Det finns anledning att tro att icke-subventionerade läkemedel, som har en aptitnedsättande effekt, är mer populära än det subventionerade läkemedlet Orlistat (Xenical). Då nya läkemedel i kombination med levnadsvanebehandling bedöms vara effektivare mot obesitas än Orlistat är det av stor betydelse för jämlikheten om dessa läkemedel subventioneras.

När det gäller obesitasoperationer är det vanligare att medelinkomsttagare får en offentligt finansierad behandling än låg- och höginkomsttagare. En anledning till att höginkomsttagare har lägre sannolikhet att få en offentligt finansierad operation skulle kunna vara att de i högre utsträckning söker sig till den privata vården, där de själva får stå för kostnaderna för operation. I Stockholms län utfördes år 2019 37 procent av alla obesitasoperationer inom privat regi (10). En annan förklaring kan vara att höginkomsttagare i större utsträckning får tillgång till de mer effektiva läkemedlen och därmed inte är i behov av operation i samma utsträckning som låginkomsttagare.

För patienter med låg inkomst (oberoende av utbildningsnivå) tar det i genomsnitt tio till elva månader längre att få operation inom den offentliga vården än för de med hög inkomst. En förklaring skulle kunna vara att höginkomsttagare i högre utsträckning ställer krav och kan använda sina resurser för att snabbare uppnå den krävda viktnedgången innan de får tillgång till operation än en låginkomsttagare. Det skulle också kunna vara så att de höginkomsttagare som inte får snabb tillgång till operation helt enkelt lämnar kön och går till den privata vården, medan de med låg inkomst inte har den valmöjligheten och står kvar i kön. Överviktscentrum har noterat en stor ökning i antalet remisser till obesitasbehandling i samband med pandemin. Centret har även noterat väsentligt längre väntetider till obesitaskirurgin. Dessa kan i dag vara sex till tolv månader (YTL, personlig kommunikation) vilket även gäller för Obesitascentrum Capio St Görans sjukhus. Enligt Scandinavian Obesity Registrys (SOReg) rapport (10) betalar en ökande andel av patienterna själva för obesitasoperation. År 2020 var det så många som 30 procent av alla opererade på nationell nivå, medan 0,5 procent av operationerna finansierades av privata försäkringar. Privata enheter har inte tvingats minska sin verksamhet under pandemin på samma sätt som den offentliga vården. SOReg drar i sin rapport slutsatsen att svensk obesitassjukvård inte är jämlik och rättvis och att pandemiåret 2020 har förvärrat situationen, vilket bekräftas av ansvariga på Överviktscentrum och Capio St Görans sjukhus obesitascentrum.

Insatser som skulle kunna bidra till en mer jämlik diagnostik och vård av obesitas

Oavsett orsaker bedömer vi att följande insatser skulle kunna leda till mer jämlik diagnostik och behandling av obesitas:

1. Fler obesitasdiagnoser bör ställas när patienten besöker vården av andra skäl.
2. Fler med obesitasdiagnos bör erbjudas behandling.
3. Läkemedelsbehandlingen bör bli mer jämlik och effektiva läkemedel bör subventioneras.
4. Det behövs fortbildning av vårdpersonal i bemötande och behandling av patienter med obesitas och om den stigmatisering som följer med sjukdomen.

5. Större fokus på förebyggande insatser i samhället skulle minska trycket på hälso- och sjukvården och därmed kunna leda till en mer jämlik diagnostik och behandling av obesitas.

Följande områden behöver undersökas vidare:

1. Det bör studeras varför en stor andel med obesitasdiagnos inte får behandling – beror det på vården eller patienten eller både/och?
2. Det bör undersökas vilken roll den privata obesitasvården spelar för jämlikhet i behandlingen.
3. Det bör undersökas vad som ligger bakom den stora skillnaden i tiden från diagnos till operation i relation till inkomst.

Referenser

1. Global Burden of disease compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-obesitas/>
3. Folkhälsorapport 2019, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
4. Helena Dreber (avhandling) 2018. Severe obesity in young adults: characterization and treatment outcomes with emphasis on mental health aspects. <https://www.avhandlingar.se/avhandling/f425f4fa2b/>
5. Flygare Wallen et al. High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder. *J Intellect Disabil Res* 2018 Apr;62(4):269-280.
6. Regionalt vårdprogram övervikt och fetma. Stockholms läns landsting 2016. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.6746d34717ce9d34f752e2/1637688078485/RVP%20%C3%96vervikt%20och%20obesitas.pdf>
7. VISS.nu - Ett kunskapsstöd för dig som arbetar inom primärvården. Region Stockholm. <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/overvikt-och-obesitas-hos-vuxna>.
8. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med* 2013 Mar;273(3):219-34.
9. Lena M S Carlsson, Kajsa Sjöholm, Peter Jacobson, Johanna C Andersson-Assarsson, Per-Arne Svensson, Magdalena Taube, Björn Carlsson, Markku Peltonen. Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med* 2020 Oct 15;383(16):1535-1543.
10. Årsrapport 2020 Del 1 – operationsstatistik och tidiga komplikationer. Scandinavian Obesity Registry (SOREg). Förstasidan - SOReg (uu.se).
11. Janusinfo. Region Stockholm (<https://janusinfo.se/>).
12. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S et al. P Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *New England Journal of Medicine* 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2032183.
13. Müller T, Blüher M, Tschöp MH, DiMarchi R. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. *Nature Reviews Drug Discovery* (2021). <https://www.nature.com/articles/s41573-021-00337-8>
14. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, Kolotkin RL, Kyle TK, Look M, Nadglowski J, O'Neil PM, Parry T, Tomaszewski KJ, Stevenin B, Kruse Lilleøre S, Dhurandhar NV. Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study. *Obesity* 2017.
15. Dietz WH et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet* 2015.

16. Memarian E, Carrasco D, Thulesius H, Calling S. Primary care physicians' knowledge, attitudes and concerns about bariatric surgery and the association with referral patterns: a Swedish survey study. *BMC Endocrine Disorders* 2021;21:62.
17. Fikkan JL, Rothblum ED. Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles*. 2012;66(9):575–92.
18. Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R, Dixon J, Liem R, Ottosson J, et al. Bariatric surgery worldwide: baseline demographic description and one-year outcomes from the fourth IFSO global registry report 2018. *Obes Surg*. 2019;29(3):782–95. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3593-1>

ISBN 978-91-87691-88-1



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM