

SYNPUNKTER
2024-11-19

Socialstyrelsen

NR-Malnivaer-Obesitas@socialstyrelsen.se

Synpunkter på Socialstyrelsens ”Målnivåer vård vid obesitas”

Fråga 1: Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI mer eller lika med 35.

Expertgruppens målnivåförslag: mer eller lika med 85%

Jag ställer mig bakom detta förslag.

Mina tankar: OM man ska ha en indikator för *viktnedgång* efter gastric bypass, behöver vi ha ett högt mål ställt. Viktnedgång är egentligen ett surragate outcome, liksom HbA1c är för diabetes typ 2. Det vi egentligen vill mäta är hälsa det som Lancet submission for definition kallar ”end-organ damage or mortality” d.v.s. mortalitet, kardiovaskulär sjukdom, leverskada. WHO definierar obesitas som ett överskott av fettmassa som leder till ohälsa. Därmed är det inte säkert att vikttnedgång nödvändigt leder till ökad hälsa. Men jag förutsätter att det är just denna indikator vi ska ta hänsyn till och att vi inte kan ändra indikatorn. Ska vi operera människor med obesitas, bör vi ha ett högt mål på vad det ska ge, eftersom operationerna innebär många komplikationer och biverkningar (nutritionsbrister där patienterna inte tar substitutionstillskott, evidensen för osteoporos är inte helt kartlagd, ökad suicid och alkoholkonsumtion), även om de allvarliga komplikationerna är få.

Och en annan fråga som egentligen gäller även fler frågor, hur man hanterar det stora bortfallet av uppföljning efter 5 år i SOReg. ”Klinisk känsla” säger att det är de patienter som det inte går bra för som inte kommer på uppföljningar, men det vet vi inte. Går det att ta reda på något sätt? Annars är det ju STOR risk att det blir skeva data och att indikatorn blir betydelselös.

Expertgruppens beslut: Indikator 3.7 Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI \geq 35. Målnivåförslag: \geq 80 %

Fråga 2: Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI mer eller lika med 35

Expertgruppens målnivåförslag: mer eller lika med 60%

Jag känner mig tveksam till att ställa mig bakom förslaget

Mina tankar: Om sleeve gastrektomi förväntas ge lägre vikttnedgång än gastric bypass, hade det varit bättre att sänka hur många procent som patienterna bör gå ner, d.v.s. indikatorn visar andelen patienter som minskat sin tidigare övervikt med 50% eller mer, 5 år efter operation. Om man inte förväntar sig denna vikttnedgång, kanske det är mer rimligt att 85% av patienterna kan uppnå en minskning på 30% istället. Det är förvirrande, men jag förstår om det inte går att ändra på indikatorn.

Expertgruppens beslut: Indikator 3.8. Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35 .

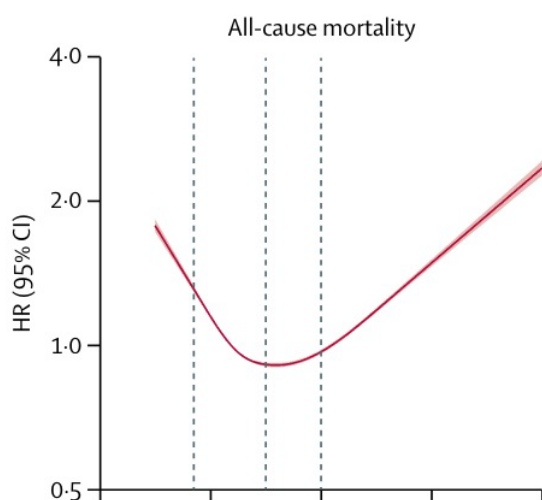
Målnivåförslag: $\geq 60\%$

Fråga 3: Viktnedgång efter gastric bypass operation vid BMI 30-35

Expertgruppens målnivåförslag: mer eller lika med 95%

Jag ställer mig bakom detta förslag.

Mina tankar: Igen har jag tankar om själva indikatorn kommer vara förenlig med nya definitioner av obesitas och det nya nationella kunskapsstödet. BMI kommer bedömas tillsammans med riskfaktorer och midjemått, när det gäller personer med BMI 30-35 och det är inte säkert att alla dessa patienter kommer dra nytta av behandlingen avseende ohälsa. MEN för de personer som kommer opereras, tycker jag verkligen att man ska ha ett högt mål ställt, för att vi ska kunna vara utvärdera att nyttan verkligen överväger riskerna. Risken för ohälsa är inte alls så hög vid ett BMI på 30 jämfört BMI på 40 exempelvis avseende mortalitet och kardiovaskulär risk. Jag instämmer således inte i att alla patienter med BMI 30-35 ska erbjudas operation, men om indikatorn endast avser dem som faktiskt blir opererade, ställer jag mig bakom expertgruppens målnivåförslag.



Lancet Diabetes Endocrinol 2018; 6: 944–5

Expertgruppens beslut: Denna indikator utgick.

Fråga 4: Samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas

Expertgruppens målnivåförslag: värdet bör inte understiga rikets genomsnitt

Jag kan inte ta ställning till om jag ställer mig bakom detta förslag, då jag inte är säker på att jag förstår indikatorn.



Svensk förening för allmänmedicin

Mina tankar: Vad är definitionen att man inte längre har diabetes, finns en definition av att inte ha diabetes mer, d.v.s. en definition av remission? Och hur ska detta mätas? Som jag har uppfattat det efter att ha pratat med endokrinologer kan en patient som en gång fått diagnosen typ 2 diabetes aldrig bli av med den och helst ska patienten stå på Metformin fortsatt i förebyggande syfte, således är inte en definition av remission att patienten inte har läkemedel längre för diabetes typ 2. Att en patient har ett HbA1c under 48 säger ju inget om remission, om patienten har läkemedel samtidigt mäter man ju egentligen de patienter som har en *välreglerad diabetes*. Och hur räknar man detta utifrån Riksgenomsnittet, innebär det att det ska vara samma andel som mest i gruppen som genomgått operation som i riket i övrigt?

Expertgruppens beslut: Indikator 3.11 Samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas.
Målnivåförslag: värdet bör inte understiga rikets genomsnitt

Fråga 5: Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas

Expertgruppens målnivåförslag: mer eller lika med 75%

Jag känner mig tveksam till att ställa mig bakom förslaget

Mina tankar: Jag tycker att detta är en mycket svår indikator och undrar vad den kommer ha för effekt. Finns verkligen denna indikator för andra kroniska sjukdomar i primärvården? Studier visar att primärvården följer ungefär 40-50% av patienter med kroniska sjukdomar, 75% känns därför väldigt högt ställt. Andra studier visar att OM primärvården skulle exempelvis följa riktlinjer för hypertoni, skulle alla allmänläkare inte räckta till för att enbart följa upp hypertoni. Man ska också komma ihåg att primärvården går generellt ifrån manuella väntelistor, patienterna måste själva uppsöka vårdcentralen för att få en årlig uppföljning av sin kroniska sjukdom, detta innebär att denna indikator mäter något annat än just uppföljning av obesitas. Det finns också en STOR svårighet i diagnossättning för att indikatorn ska kunna mätas. Exempelvis ska endast diagnosen obesitas användas? Eller ska det finnas särskilda diagnoser för uppföljning efter kirurgi för att kunna koppla till rätt uppföljning? Indikatorn förutsätter ju också att Socialstyrelsen har tillgång till registrering i primärvård? Primärvården använder sig på de flesta ställen mest av diagnoskoder och mindre av åtgärds-koder. Vad innebär begreppet uppföljning, diagnoskod kopplad till läkarbesök, på vårdcentral sköts många årskontroller via sköterska, eller laboratorium med uppföljande samtal med läkare. Hur kommer detta att mätas?

Expertgruppens beslut: Indikator 3.13 Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas (vuxna). Målnivåförslag: $\geq 75\%$

Fråga 6: Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas

Expertgruppens målnivåförslag: mer eller lika med 75%

Jag känner mig tveksam till att ställa mig bakom förslaget

Mina tankar: Samma motivering som fråga 5.



Svensk förening för allmänmedicin

Expertgruppens beslut: Indikator 2.9 Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas (barn) Målnivförslag: $\geq 95\%$

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
ordförande SFAM