

Norra sjukvårdsregionen  
Helen Abrahamsson,  
sjukvårdsregional samordnare kunskapsstyrning

Dnr: 079/22

2022-11-07

## Yttrande över Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Stöd för styrning och ledning, 2022

Norra sjukvårdsregionen har beretts möjlighet att yttra sig över remiss ”Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Stöd för styrning och ledning”.

### Sjukvårdsregion

Norra sjukvårdsregionen – Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen.

*Kontaktperson Norra sjukvårdsregionen:*

Helen Abrahamsson, sjukvårdsregional samordnare kunskapsstyrning

[helen.abrahamsson@norrarf.se](mailto:helen.abrahamsson@norrarf.se)

## Inledning

Planeringen inför föreliggande yttrande startade under våren 2022. Inbjudan till att besvara enkäten för en kartläggning av gap, skickades ut i samtliga regioner i Norra sjukvårdsregionen. Genom dialog ombads alla inblandade sjukvårdsregionala programområden att inkomma med ett skriftligt yttrande på de nationella riktlinjerna, och en presentation, att visa på det digitala seminariet.

Ett digitalt seminarium anordnades 28 oktober 2022. Detta genomfördes av Norra sjukvårdsregionförbundet (NRF) tillsammans med berörda sjukvårdsregionala programområden (RPO), sjukvårdsregional samverkansgrupp (RSG) Läkemedel, strategier i respektive region och Socialstyrelsen. På seminariet deltog 60–70 personer: förutom tidigare nämnda grupper, även ett 15-tal deltagare från politik, patientorganisationen Riksförbundet HOBS – hälsa oberoende av storlek, samt kommuner.

På det digitala seminariet presenterade Socialstyrelsen den första versionen av riktlinjerna och Nina Fållback Svensson, förbundsdirektör NRF, gav ett ledningsperspektiv

på kunskapsområdet. Därefter presenterade Urban Tirén, regionöverläkare, region Jämtland Härjedalen, resultatet från gap-analysenkäten, och respektive sjukvårdsregionalt programområde presenterade identifierade möjligheter och utmaningar inom Norra sjukvårdsregionen. Därefter följde en dialog och en sammanfattning. Förmiddagen avslutades med en kort undersökning via Menti gällande vilket område där det finns störst behov av att prioritera.

Efter seminariet gjordes en sammanfattning av de synpunkter som lyfts, i föreliggande dokument. Sammanfattningen byggde på inkomna skriftliga yttranden och presentationer (per RPO och RSG), samt diskussioner (inkluderade även från patientorganisation HOBS) under seminariet.

Samordnare för remissvaret var regionöverläkare Urban Tirén.

Deltagare - presentatörer vid seminariet var:

RPO Levnadsvanor	Maria Brännholm Syrjäla
RSG Läkemedel	Ulrika Petterson Kymmer
RPO Kirurgi och plastikkirurgi	Arthur Jänes och Joakim Hennings
RPO Primärvård	Anna-Lena Lundberg
RPO Endokrina sjukdomar	Håkan Fureman
RPO Mage-Tarm	Mårten Werner
RPO Psykisk hälsa	Carin Nordberg
RPO Barn- och ungdomars hälsa	Johanna Kuisma Löfbom
RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin	Johan Brännström

Patientföreträdare från patientorganisationen *Riksförbundet HOBS – hälsa oberoende av storlek*, Jenny Vinglid, deltog med reflektioner på riktlinjerna.

Presentationer och delsvar från de olika sjukvårdsregionala programområdena och samverkansgruppen samt patientorganisationen sammanfattas nedan.

## RPO Barn- och ungdomars hälsa

Vi ställer oss positiva till att barn och unga ska vägas vid varje vårdkontakt. Åldern på barn som får behandling mot obesitas bör höjas till 3–4 år eftersom det saknas vetenskaplig grund för att behandla barn så tidigt som vid 2 år.

Det behövs tydligare formulering om målsättning för behandling av obesitas. Målsättningen bör långsiktigt vara att barnet inte ska ha sjukdomen barnobesitas inom ett till tre år – beroende på grad av obesitas och ålder samt socioekonomiska faktorer.

Vi skulle önska att skolhälsovårdens roll i det preventiva arbetet tydliggörs. Vägning varje årskurs borde komma med som en nationell rekommendation för att tidigt upptäcka övervikt som ännu inte hunnit utvecklas till obesitas. I nuläget ser vi att flera år kan passera utan att någon reagerar på den ökande vikten eftersom det blir ett glapp när barn övergår från barnhälsovård till skolhälsovård. Utmaningar finns med många olika kommuner/skolor och samarbeten – det saknas naturliga kontaktytor för att arbeta med ämnet.

Kombinerad levnadsvanebehandling är den benämning man använder för beteendestöd. Den ska baseras på tre delar, kostbehandling, fysisk aktivitet och beteendestöd för livsstilsförändring. I riktlinjerna finns mycket tydliga och specifika besked hur allt detta ska göras – samtidigt som man konstaterar att resultaten är dåliga. Vi kan inte rekommendera sådant som vi vet inte fungerar utan bör i stället lyfta fram att här behövs flexibilitet och innovation samt att olika samhällsaktörer samarbetar i mycket större utsträckning än idag. Konkreta riktlinjer om vägning vid varje årskurs inom skolhälsovård är ett exempel på samarbete som kan leda till tidigare upptäckt och tidigare behandling.

De tre ”pelarna” i den kombinerade levnadsvanebehandlingen är inte jämställda och det är viktigt att formulera om detta så det blir tydligt för resursättande myndighet vad arbetet går ut på. Vården kan inte ge kostbehandling lika lite som vi kan ge fysisk aktivitetsbehandling. Detta skulle kräva att vården flyttar hem till familjen och nuvarande skrivning ger en orealistisk bild av vad vården kan erbjuda. Det enda vi kan göra är att ge stöd till livsstilsförändring och den livsstilsförändringen ska leda till förändring i kostintag och aktivitet.

Vi efterlyser alternativ till kombinerad levnadsvanebehandling eftersom resultaten inte svarar upp mot det enormt resurskrävande arbetssätt som rekommenderas och dessutom är dåliga (inom exempelvis region Västerbotten krävs enorm satsning på dietister för att kunna följa rekommendationerna för primärvårdsnivå).

I riktlinjen nämns vikten av att öka kunskap hos vårdpersonal i hur man bemöter människor med obesitas. Det behövs tydligare råd om hur man ökar hälsolitteracitet i ämnet obesitas; att det inte handlar om utseende utan hälsa och i slutändan även livskvalité. Vårdpersonalen bör utbildas för att kunna använda rätt ord och förhållningssätt i mötet med dessa individer.

Det behöver förtydligas vad som gäller för liraglutid; från vilken ålder preparatet är godkänt. Att liraglutid inte är rabatterat försvårar lika behandling till alla; patienter som lever i socioekonomisk utsatthet är överrepresenterade i denna patientgrupp. Men finns evidens tillräckligt för att behandla med liraglutid?

Johanna Kuisma Löfbom

## RPO Endokrina sjukdomar

### **Strukturerat omhändertagande**

Riktlinjerna är angelägna. Det är bra med en riktlinje för ökad diagnosticering. Riktlinjerna betonar vikten av att erbjuda vägning som ett led i att öka antalet personer som får sin obesitasdiagnos ställd. Detta kräver dock att vårdkedjan är utbyggd och att sjukvården har något att erbjuda när antalet diagnoser ökar.

Behovet av en sammanhållen vårdkedja från diagnos till behandling och uppföljning ges i riktlinjen en hög prioritet. Det finns idag ingen strukturerad vårdkedja för obesitasvården i norra sjukvårdsregionen förutom utredning inför och uppföljning efter obesitaskirurgi. Enstaka patienter utreds inom endokrinologin efter särskild misstanke om endokrin sjukdom. Det skulle krävas stor satsning för tillskapande av specialiserade enheter för utredning och uppföljning av obesitas.

### **Kompetensutveckling**

Behovet av kompetensutveckling är stort.

### **Kombinerad levnadsvanebehandling**

De studier som ligger till grund för rekommendationen har visat en låg grad av effektivitet för åtgärden. Det saknas en hälsoekonomisk analys av denna åtgärd. Åtgärden är inte tillräckligt definierad. Det saknas ett förtydligande gällande vad som avses och därmed är det svårt att värdera vad ett införande skulle kräva i resurser och kostnad.

Det finns idag ingen organiserad kombinerad levnadsvanebehandling som erbjuds för vuxna med obesitas i norra sjukvårdsregionen. Det skulle krävas en stor satsning för att nå upp till riktlinjernas målsättning.

### **Läkemedelsbehandling**

Det enda läkemedlet som rekommenderas är orlistat. Vi saknar rekommendation (och subvention) av fler läkemedel mot obesitas.

### **Kirurgi**

Vi har inga synpunkter på dessa rekommendationer. Det långsiktiga uppföljning efter operation bör tydliggöras och organiseras bättre.

### **Sammanfattning och gapanalys av riktlinjerna**

Idag saknas en strukturerad vårdkedja för omhändertagande av obesitas i norra sjukvårdsregionen förutom för de patienter som aktualiseras för obesitaskirurgi. Riktlinjerna kring den kombinerade levnadsvanebehandlingen behöver förtydligas och värderas hälsoekonomiskt. Detta är en grundförutsättning för att sedan kunna ta ställning till mera systematiskt införande av åtgärden. RPO endokrina sjukdomar är idag ingen del i systematisk utredning eller uppföljning av obesitas.

Håkan Fureman

## **RPO Kirurgi och Plastikkirurgi**

Riktlinjen är ett omfattande och ett väl genomfört arbete där slutprodukten är bra. Från ett kirurgiskt perspektiv vore det önskvärt att det specificeras vilka utredningar och behandlingar som skall vara prövade innan remiss för kirurgisk bedömning kan skickas. Finns enkla krav på vad som skall ingå i behandlingar och utredningar innan en remiss går i väg till kirurgi kan man få en nationell standard vilket ger en jämlik vård. Vidare bör det nationella vårdprogrammet ta ställning till huruvida tillgång till metabola enheter skall finnas både för de patienter som skall opereras och för de som inte är aktuella för kirurgi.

Vi ställer oss frågande till att det saknas ställningstagande till de nya GLP1 läkemedlen som nu finns tillgängliga.

De olika kirurgiska metoderna avhandlas ganska kort. Det vore önskvärt med en större tydlighet kring de operativa möjligheter som finns där man kommenterar för- och nackdelar med de olika metoderna ur ett vetenskapligt, nationellt och internationellt perspektiv. I riktlinjen kommenteras endast flyktigt de komplikationer och biverkningar olika operationsmetoder har. Vi saknar mer kommentarer om för- och nackdelar med de olika kirurgiska metoderna.

I riktlinjerna tas inte heller ställning till obesitaskirurgi för ungdomar 14–18 år eller de patienter som har ett BMI över 60. Skall behandling av dessa patienter centraliseras och skall kirurgi för dessa grupper ske i studieform?

I riktlinjerna behövs en mer övergripande rekommendation gällande hur uppföljning efter kirurgi skall organiseras och vilka beståndsdelar som skall finnas med, så att även detta blir en nationell standard.

Arthur Jänes  
Marcus Sundén  
Joakim Hennings  
Jeff Wennerlund

## RPO Levnadsvanor

Vi gläder oss att vi nu har de efterlängtade riktlinjerna på väg att falla på plats. Det finns mycket som behöver förbättras för att nå mer jämlik hälsa i hela landet. Det är bra att riktlinjen lyfter komplexiteten med obesitas. Anledningarna till viktuppgång är multifaktoriella: stillasittande livsstil, inaktivitet, ohälsosamma matvanor och dålig sömn som kan bl. a bero på psykiska faktorer som depression och stress. Även många mediciner kan bidra till obesitas. Därför räcker det sällan att bara rikta sig på en levnadsvana som till exempel fysisk aktivitet, vilket vården ofta gör, bland annat på grund av tidsbrist.

En del personer med obesitas nekas vård på grund av sin vikt. Det kan gälla inför IVF-behandling, transplantation eller olika ortopediska ingrepp. Vården har ingen behandling att erbjuda. Många med obesitas upplever bemötandet inom hälso- och sjukvården som stigmatiserande.

Första målet för Hälso- och sjukvården borde vara att alla vuxna känner till sitt BMI och förstår dess betydelse för den egna hälsan. Därför ställer vi oss positiva till att vägning kan erbjudas vid varje vårdkontakt för att identifiera personer som har obesitas eller övervikt men även de med ökad risk att utveckla detta.

Dock finns det ett etiskt dilemma: om vi inte har någon behandling att erbjuda, är det då etiskt att ställa en diagnos? Därför behöver till exempel läkemedelsbehandling ingå i högkostnadsskyddet. Utan behandling, lämnar vi patienterna till skam och egna försök att gå ner i vikt och till att slösa pengar och kraft på icke evidensbaserade kommersiella metoder. Det är viktigt att undersöka anledningar till obesitas samt ge stöd för dem som vill gå ner i vikt eller undvika viktuppgång.

Riktlinjerna för vård vid obesitas behöver även lyfta vikten av att följa det Nationella vårdprogrammet om levnadsvanor. Hur ska man integrera vårdprogrammet och dessa riktlinjer gällande "Enkla råd", "Rådgivande samtal" och "Kvalificerat rådgivande samtal"?

Vi saknar tydlig definition av begreppet "kombinerad levnadsvanebehandling" (framgår bättre i Indikatorer för vård vid obesitas). Ska denna behandling kunna ges av en och samma person, eller förväntas att flera olika kompetenser samverkar? Är syftet team-baserad behandling? En behandling som omfattar tre komponenter (individuell anpassning av kost, fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring) försvåras av bristen på dietister, KBT-terapeuter och psykologer inom vården. I vården används MI, motiverande samtal som stöd för beteendeförändringar. KBT-utbildad personal är sällan involverad i arbetet. Att ändra på beteenden och vanor är svårt. Inga särskilda resurser är tillsatta för att hjälpa personer med obesitas med en beteendeförändring.

För att vården ska kunna erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling, krävs särskilda övervikts-/obesitasmottagningar både för vuxna och barn. Eftersom den här typen av mottagningar idag är få eller saknas helt, blir gapet mellan riktlinjerna och verkligheten oroväckande stort. Riktlinjerna riskerar därmed att sätta för höga mål för verksamheter. Att det blir omöjligt att nå målet kan öka känslan av hopplöshet. Vården är idag smärtsamt medveten om sin oförmåga att kunna hjälpa patienter med obesitas. Att använda "kombinerad levnadsvanebehandling" som en indikator kommer därmed att bli en utmaning att mäta. Ett förslag är att det finns en behandlingstrappa/delmål att erbjuda i stället. Hur kan riktlinjerna formuleras så att vården stegvis kan nå målet?

Indikatorn "Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas" välkomnas och stödjer vikten av en långsiktig uppföljning/ett stöd som behövs för varaktiga resultat oavsett beteendeförändring. Registrering behöver göras möjlig även för primärvården.

I riktlinjerna hade det behövts en tydligare beskrivning av vad Hälso- och sjukvårdens uppdrag är, och en tydlig beskrivning av de olika ansvarsområdena. I norra sjukvårdsregionen saknas en vårdkedja från diagnostik till uppföljning. Samverkan mellan primärvård och specialiserad vård behöver förbättras och utvecklas.

#### **Förslag på vad vi kan göra i Norra sjukvårdsregionen:**

Personal i hälso- och sjukvården behöver kompetensutveckling för att bemöta barn och vuxna med obesitas på ett sätt som inte är stigmatiserande

- Gemensamma utbildningar, föreläsningar och/eller workshoppar (på distans?)
- Ta fram skriftligt utbildningsmaterial (nationellt?)
- Utbildning om obesitas:
  - orsak och sjukdomsutveckling, följsjukdomar samt behandlingsalternativ som kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedel och kirurgi

- färdighetsträning i bemötande för att inte stigmatisera patienter
- färdighetsträning i samtalsmetodik (personcentrerad samtalsmetodik eller motiverande samtal, MI)
- färdighetsträning i att handleda patienter, individuellt eller i grupp, i att förändra levnadsvanor

Maria Brännholm Syrjäla

## RSG Läkemedel

Vi uppfattar riktlinjerna om när läkemedel ska användas som otydliga. Idag finns fyra läkemedel tillgängliga i Sverige mot obesitas men endast orlistat (Xenical) är subventionerat och det som rekommenderas som tillägg till levnadsvanebehandling hos vuxna med obesitas, alternativt som behandling till vuxna med följsjukdomar eller där kirurgi inte är möjligt. Det är också oklart i riktlinjen var kompetensen ska finnas och vems ansvar läkemedelsbehandling är. Ska behandlingen skötas av primärvården, specialistvården eller via en samlad obesitas-enhet?

Behandling med läkemedel kommer att kräva utbildning av vårdpersonal om hur läkemedlen fungerar och vilka biverkningar som förväntas. Orlistat ingår i högkostnadsskyddet, är billigt, och har låg QALY kostnad. Då läkemedelsbehandling ska ses som ett tillägg till levnadsvanebehandling så kommer eventuella kostnadsökningar för hälso-sjukvården i våra regioner sannolikt vara marginella även om förskrivningen av orlistat väntas öka.

Effekten av orlistat är dock liten och biverkningar i form av gaser och svåra diarréer är vanliga. För många patienter vore andra läkemedel mot obesitas lämpligare. I en nyligen publicerad studie i *Gastroenterology*, presenterades den amerikanska gastroenterologiföreningens riktlinjer för medicinsk behandling av fetma. Endast fyra läkemedel anses av dem vara effektiva vid obesitas; liraglutid (Saxenda), semaglutid (Ozempic, saknar ännu indikation mot obesitas i Sverige), naltrexon/bupropion (Mysimba) samt fentermin/topiramid (Qsymia, marknadsförs ej i Sverige). Tre av dessa läkemedel kan förskrivas i Sverige, men ingår i nuläget ej i högkostnadsskyddet utan får bekostas av patienten själv. Därför är risken stor att vården blir ojämlig, då endast patienter med god ekonomi kommer att ha råd med dessa läkemedel.

Det är svårt att spekulera i vilka kostnader en ökad förskrivning av dessa läkemedel kommer att innebära för regionerna. GLP-analogerna har under korta behandlingsperioder visat sig ha acceptabel säkerhet, en bättre viktreducerande effekt



än orlistat och positiv effekt på blodfetter och livskvalitet. Nackdelen är de höga kostnaderna (QALY kostnader > 1,4 Mkr) och bristen på långtids-uppföljningar. Om/när preparaten kommer att ingå i högkostnadsskyddet kommer sannolikt förskrivningen av dessa preparat att öka, vilket kommer medföra en ökad kostnad för regionerna. Naltrexon/bupropion har en mer begränsad viktreducerande effekt varför förskrivningen torde bli liten.

Riktlinjen gällande läkemedel innebär en överhängande risk för ojämlig vård för barn, då endast liraglutid är godkänt för behandling av obesitas hos barn (12–17 år). Då det inte ingår i högkostnadsskyddet måste behandlingen bekostas av föräldrarna. Obesitas är vanligare i familjer med lägre socio-ekonomisk status varför risken är överhängande att de barn som kanske mest skulle behöva läkemedelsbehandling aldrig får det med hög risk för försämrad livskvalité, depression och kardiovaskulära händelser redan som ung vuxen. Detta är ett stort problem då även levnadsvanor med rätt kost och fysisk aktivitet är klart sämre i familjer med lägre utbildningsgrad och sämre ekonomiska möjligheter.

I riktlinjen saknas helt information om hur läkemedelsbehandling generellt ska skötas efter genomgången gastric by-pass-operation. Det är känt att absorptionen, farmakodynamiken och farmakokinetiken för många läkemedel påverkas efter genomgången operation. Det är viktigt att patienter som genomgått denna operation behandlas på rätt sätt, med rätt läkemedel i rätt dos. En speciell markering i patientjournalens läkemedelslista om genomgången gastric by-pass bör finnas.

Ulrika Pettersson Kymmer  
Kristina Seling

## RPO Mag- och tarmsjukdomar

Dessa patienter handhas idag inte av gastroenterologer alls. Gastroenterologer inkopplas först då det har uppkommit biverkningar.

Riktlinjerna kan behöva förtydligas.

- Läkemedelsbehandling är ännu ej evidensbaserad och ej rekommenderad utöver orlistat. Det är märkligt att GLP-1 analogerna inte får större uppmärksamhet.
- Överviktskirurgi är effektiv i korta förloppet men långtidsdata saknas. Detta kommenteras inte tydligt.
- Patienter som opererats med annat än sleeve bör följas upp livslångt efter kirurgi på vårdcentral vilket inte görs konsekvent idag. Detta bör nog förtydligas tydligare.

Patientgruppen är stor och växande och bör handhas i primärvården.

Det är positivt att det i riktlinjerna står att vården bör väga patienterna vid varje vårdkontakt.

Mårten Werner

# RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Vi anser att riktlinjen är bra och väl svarar upp mot Socialstyrelsens syfte med en riktlinje, inklusive för vilka som den skrivs.

Patientgruppen är vanligt förekommande inom rehabilitering och habilitering men obesitasrehabilitering i Norra sjukvårdsregionen förekommer inte i den utsträckning som vore önskvärt.

Vi ser att obesitas kan ha mycket stor påverkan på möjligheterna att genomföra insatser inom rehabilitering och habilitering. I remissversionens inledning saknar vi beskrivningar i den riktningen. Vår bedömning är att det skulle ha ett värde för att stärka verksamheters förståelse om samsjuklighetens utmaningar kopplat till obesitas som påverkansfaktor.

Att gränsöverskridande verksamhetssamarbeten och planeringar bör genomföras inom obesitasbehandlingen bör också betonas. Dessa samarbeten rörande rehabilitering och till viss del behandling bör ha sin utgångspunkt i kunskapsstyrningens vårdförlopp: *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet*<sup>1</sup>.

Texten under rubrikerna "så har vi prioriterat" anser vi behöver likriktas bättre i sin form. Främst texten under levnadsvanebehandlingar upplever vi spretar olyckligt jämfört med texten under andra behandlingar. Vi föreslår att den inleds på samma sätt som texten som återfinns under andra behandlingar: "...personer med obesitas som är aktuella för <BEHANDLING> har en sjukdom med en <GRADERING> svårighetsgrad". Men vi önskar även i övrigt att texten följer samma form och förenklas så långt det låter sig göras. Detta för att ge en ökad möjlighet för verksamheter att själva jämföra den prioritering Socialstyrelsen gjort mellan olika behandlingar.

Även om behandlingarna skiljer sig åt tror vi också att en sådan likriktning i text skulle underlätta för verksamheter att upprätta egna prioriteringsordningar utifrån patienters individuella förutsättningar, inklusive i vilken fas av sjukdomsförloppet de befinner sig vid vårdkontakten.

Johan Brännström

---

<sup>1</sup> [Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltkliniskt.kunskapsstod.se\)](http://nationellt.kliniskt.kunskapsstod.se)

# Patientföreträdare

Patientföreträdare från patientorganisationen *Riksförbundet HOBS – hälsa oberoende av storlek* poängterade att det är viktigt att definiera vad en lyckad behandling är. Det handlar inte alltid bara om att gå ned (tillräckligt) i vikt, utan kan också handla om ett mindre lidande och ett bättre liv. Riktlinjerna kräver ett stort arbete för att implementeras. Det är viktigt med professionellt bemötande – som exempel angavs bemötande vid mätning och vägning vid varje vårdkontakt.

Jenny Vinglid

## RPO Primärvård

I den nationella riktlinjen för vård vid obesitas hos barn och vuxna står det mycket lite om primärvårdens uppdrag/ansvar när obesitas uppstått. Primärvården är en viktig aktör i det förbyggande arbetet gällande levnadsvanor, att motivera patienter till ändrade levnadsvanor, erbjuda åtgärder som exempelvis FaR och gruppverksamhet samt följa upp resultat av åtgärder. Remittering till en dietist och KBT-terapeut görs inte för överviktiga, på grund av resursbrist.

Primärvården remitterar till obesitaskirurgi och tar över uppföljning av prover. Vuxna som har gått igenom obesitaskirurgi utan komplikationer bör enligt riktlinjerna få långtidsuppföljning i primärvården när uppföljningen i specialiserade vård är avslutad. För att klara detta krävs resurser och kompetens. Primärvården följer i nuläget inte hur det går för dessa patienter efter 5 år eller 10 år. Det betyder att primärvården i nuläget inget gör för att hjälpa patienter att behålla den vikt nedgång de fått efter operation, till exempel få läkemedel om patienterna åter börjat gå upp i vikt.

Läkemedel används väldigt lite, troligen på grund av bristande kompetens och kostnaden för patienten. När det gäller behandling med obesitasläkemedel behöver detta förtydligas i riktlinjerna; både vad det innebär för primärvården och för patienterna. Här tillkommer kostnad för detta och kompetens för de som ska förskriva och följa upp patienterna.

Det krävs mer resurser för primärvårdens arbete. Primärvården behöver säkerställa att det finns tid och att patientgruppen prioriteras, samt att teamarbete är möjligt för de med BMI > 30. Obesitas behöver uppmärksammas och hanteras på ett icke-stigmatiserande sätt. För detta krävs kompetenshöjande insatser. Förutom läkare, sjuksköterskor, dietister och fysioterapeuter kan det behövas ytterligare yrkesgrupper.

En samlad resurs/kompetens behövs i regionerna som har högre kompetens. Det behöver vara tydligt var det går att remittera patienterna om det inte krävs behandling med kirurgi.

Anna-Lena Lundberg

## RPO Psykisk Hälsa

Synpunkter har lämnats från RPO psykisk hälsa dels muntligt inhämtade, dels skriftligt från Region Västernorrland och Region Norrbotten. Inga specifika kommentarer har lämnats från Barn och ungdomspsykiatri eller från brukarorganisationerna.

Riktlinjer bedöms på en övergripande nivå som rimliga och att de omfattar även gruppen med allvarlig psykisk ohälsa välkomnas. Vi kommer i Norra sjukvårdsregionen, med säkerhet att identifiera stora gap mellan vad som rekommenderas och vad som idag finns att erbjuda personer som är överviktiga och har en samtidig psykiatrisk ohälsa och allvarliga psykisk sjukdom.

Den strukturerade modellen för omhändertagande som rekommenderas, skulle vinna på en ökad tydlighet på **hur** det strukturerade arbetssättet ska se ut så att gruppen med allvarlig psykisk ohälsa inkluderas. Gruppen har en känd överdödlighet i behandlingsbara sjukdomar där livsstil och levnadsvanor behöver inkluderas på ett likvärdigt och tydligare sätt och att arbetssätten anpassas med hänsyn till de särskilda behoven. En farhåga är att vi inte säkrar att gruppen med psykisk ohälsa får tillgång till behandling, och att insatserna i vårdprocessen inte blir anpassade till gruppens behov och svårigheter.

Från psykiatriskt håll uppmärksammas att personer som genomgått kirurgi utvecklar beroende av alkohol och att den risken kan förebyggas genom insatser innan kirurgi. Det är bra om riktlinjen kan förtydliga vilka insatser som behöver göras innan remittering till överviktskirurgi; att man tidigare har kartlagt eventuella samtidiga psykologiska aspekter och om det finns riskbruk eller beroendesjukdom.

Önskvärt är att kompetensutveckling och även framtagande av personcentrerade och standardiserade vårdförlopp/vårdprogram tas fram på en nationell nivå för att säkra jämlik vård.

Carin Nordberg

## Resultat av enkät

En enkät har skickats ut i via den sjukvårdsregionala samverkansgruppen i respektive region. Svar inkom från 272 personer: i fallande ordning från Västernorrland (52%), Norrbotten (36%), Västerbotten (8%) och Jämtland Härjedalen (4%). De flesta som besvarade enkäten var sjuksköterskor (40%) eller läkare (21%). Primärvården (24%), Elevhälsan (22%), barnhälsovården (22%), psykiatrin (15%) var mest representerade.

Några svar redovisas nedan:

De allra flesta (79%) angav att få eller ingen del av verksamheten hade deltagit vid kompetenshöjande insatser om obesitas. Få eller ingen (81%) hade deltagit vid föreläsningar eller workshoppar om obesitas eller obesitasdagar. Få eller ingen del av verksamheten (77%) hade deltagit i interna diskussioner gällande bemötande fritt från stigmatisering.

När det gäller **barn** angav 72% att man hade rutiner för att regelbundet erbjuda mätning av längd och vikt, och att man alltid eller ofta i ca hälften av aktuella verksamheter erbjöd utredning och bedömning till barn med misstänkt obesitas. Fler än hälften av verksamheterna samverkade med andra för att erbjuda ett strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan för barn med obesitas. Ca en tredjedel av verksamheterna kunde alltid eller ofta erbjuda en kombinerad levnadsvanebehandling till barn 2–5 år med obesitas, ca en fjärdedel till barn med obesitas 6-11 år, och 12-17 år.

När det gäller **vuxna** angav 40% att man hade rutiner för att regelbundet erbjuda mätning av längd och vikt, och att man alltid eller ofta i ca en tredjedel av aktuella verksamheter erbjöd utredning och bedömning till vuxna med misstänkt obesitas. Mindre än en sjättedel av verksamheterna samverkade med andra för att erbjuda ett strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan för vuxna med obesitas. Ca en tredjedel av verksamheterna kunde alltid eller ofta erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling till vuxna med obesitas, ca en tredjedel till gravida med obesitas. När det gäller att erbjuda läkemedel för vuxna i tillägg till levnadsvanor gjordes detta alltid eller ofta i en sjundedel av verksamheterna. Kompetens för att erbjuda detta värderades finnas i ca två tredjedelar av de verksamheter där detta var aktuellt eller fanns kännedom om detta.

## Sammanställning av synpunkter från deltagande RPO, RSG och patientorganisation

Det finns ett behov av nationella riktlinjer för behandling av obesitas hos vuxna, och det är bra att sådana nu arbetats fram. Seminariet i Norra sjukvårdsregionen har visat på stora gap gällande kompetens och resurstillsättning i hela vårdkedjan både för de som

opereras och för de som inte opereras. I nuläget saknas i alla fyra regioner ett kompetenscentrum som stöd i bemötande, utredning, behandling, uppföljning och habilitering/rehabilitering av barn och vuxna med obesitas.

## Ett förtydligande av kommande version av de nationella riktlinjerna önskas gällande

- **Målsättning** för behandling av obesitas-patienter för barn och vuxna. Förtydliganden behövs gällande vad som är lyckad behandling: inte bara viktnedgång utan också ökad livskvalitet/minskat lidande.
- **Bemötande** är viktigt och kräver särskild kompetens. Det är önskvärt att denna kompetens förtydligas.
- En tydligare beskrivning av vad Hälso- och sjukvårdens uppdrag är, och **en tydlig beskrivning av de olika nivåernas ansvarsområde**. Särskild uppmärksamhet behöver tas till **hur** patienter med obesitas **och** med **psykiska sjukdomar, beroendesjukdomar** och **samsjuklighet** ska behandlas. Beskrivning behöver göras av hur det strukturerade arbetssättet ska se ut så att gruppen med allvarlig psykisk ohälsa inkluderas. Generellt behövs ett förtydligande om **primärvårdens ansvar** – hur uppföljning av patienter ska ske. Vikten av **samverkan** mellan olika aktörer kan behöva förtydligas.
- Om **specialiserade enheter** ska skapas/finnas både för de patienter som ska opereras och de som inte är aktuella för kirurgi för utredning och uppföljning. Det behövs förtydliganden om vilka strukturer för behandling och uppföljning som fungerar. Hur organisationen ser ut i de regioner/enheter som har bäst resultat nationellt och internationellt behöver beskrivas.
- **Relation till andra kunskapsstöd**. Hur nationella riktlinjer för vård vid obesitas förhåller sig till *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor och Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet*.

### Specifika synpunkter:

- Komplettering av kirurgi-avsnittet
  - Standard för vilken utredning och behandling som ska vara utförd innan remiss för kirurgisk bedömning
  - För- och nackdelar med de olika kirurgiska metoderna
  - Ställningstagande: ska obesitaskirurgi för ungdomar 14–18 år eller de patienter som har ett BMI > 60 centraliseras?
  - Standardiserad uppföljning
- Komplettering av läkemedelsavsnittet
  - Förtydliga var kompetensen ska finnas, vilken kompetensen ska vara, och var ansvaret för läkemedelsbehandling och uppföljning ska finnas
  - Förtydliga hur läkemedelsbehandling ska ske efter en gastric-by-pass
  - Uppdatering när ny kunskap finns om evidens. Att läkemedel ingår i högkostnadsskyddet är viktigt för att säkra en jämlik vård för vuxna och barn med obesitas
- Komplettering av avsnittet gällande kombinerad levnadsvanebehandling
  - Tydligare definition
  - Hälso-ekonomisk analys som en del av värdering om behandlingen har effekt

- Rehabilitering och habilitering
  - Hur denna ska vara möjlig också för obesitaspatienter
  - Stärka verksamheters förståelse om samsjuklighet
  - Gränsöverskridande verksamhetssamarbeten och planeringar

**De områden som deltagarna vid seminariet ansåg var viktigast att prioritera i ett införande var i fallande ordning från mest till minst angeläget:**

Strukturerat omhändertagande – från diagnos till uppföljning  
 Kompetensutveckling  
 Kombinerad levnadsvanebehandling  
 Läkemedel som komplement till levnadsvanebehandling  
 Kirurgi

## Rekommendationer till Socialstyrelsen

De nationella riktlinjerna för barn och vuxna med obesitas är viktiga men också utmanande eftersom det föreligger stora gap i Norra sjukvårdsregionen. Eftersom det kommer att krävas stora insatser för att förbättra kompetens, resurstillsättning, strukturer och vårdkedjor behövs förtydliganden, föreslagna enligt ovan i kapitlet sammanställning av synpunkter.

Önskvärt är också att utbildningar tas fram på en nationell nivå för att säkra jämlik vård, och gärna också riktlinjer gällande hur vården stegvis kan utvecklas vid stora gap, och hur riktlinjerna kan användas i regioner med mindre resurser.

Digital signering

Pia Näsvall  
 Hälso- och sjukvårdsdirektör  
 Region Norrbotten

Digital signering

Brita Winsa  
 Hälso- och sjukvårdsdirektör  
 Region Västerbotten

Digital signering

Anna Granevärn  
 Hälso- och sjukvårdsdirektör  
 Region Jämtland/Härjedalen

Digital signering

Kjell Norman  
 Hälso- och sjukvårdsdirektör  
 Region Västernorrland