

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

BESLUTSUNDERLAG

1(1)

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-  
regionen

## Remissvar - Nationella riktlinjer för vård och stöd vid obesitas

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen har beretts möjlighet att yttra sig över remiss Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Stöd för styrning och ledning samt Nationella riktlinjer – Indikatorer för vård vid obesitas.

### **Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen föreslår BESLUTA**

att avge yttrande över Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Stöd för styrning och ledning samt Nationella riktlinjer – Indikatorer för vård vid obesitas, enligt föreliggande förslag.

Rachel De Basso  
Ordförande i SVN  
Region Jönköpings län

Mats Bojestig  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Region Jönköpings län

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

YTTRANDE

1(14)

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

Socialstyrelsen

[NR-obesitas@socialstyrelsen.se](mailto:NR-obesitas@socialstyrelsen.se)

## Yttrande över Nationella riktlinjer för vård vid obesitas - Stöd för styrning och ledning

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

### Sjukvårdsregion

Sydöstra sjukvårdsregionen – Region Östergötland, Region Jönköpings län och Region Kalmar Län.

Kontaktpersoner ordförande och sakkunniga från RPO och RSG

Endokrina sjukdomar [elzbieta.partyka-rut@regionostergotland.se](mailto:elzbieta.partyka-rut@regionostergotland.se)

Kirurgi och plastik [mats.persborn@rjl.se](mailto:mats.persborn@rjl.se) och [torsten.olbers@liu.se](mailto:torsten.olbers@liu.se)

Barn och ungdomars hälsa [petra.hornstra@regionkalmar.se](mailto:petra.hornstra@regionkalmar.se)

Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin [susanne.almers@rjl.se](mailto:susanne.almers@rjl.se)

Primärvård [annette.m.johansson@regionostergotland.se](mailto:annette.m.johansson@regionostergotland.se)

Psykisk hälsa [tomas.kristiansson@regionkalmar.se](mailto:tomas.kristiansson@regionkalmar.se)

Hälsofrämjande strategier [maria.elgstrand@regionostergotland.se](mailto:maria.elgstrand@regionostergotland.se)

Kvinnosjukdomar och förlossning [lana.arvidsson@regionkalmar.se](mailto:lana.arvidsson@regionkalmar.se)

Läkemedel [marten.lindstrom@rjl.se](mailto:marten.lindstrom@rjl.se)

Administrativ kontaktperson

Leni Lagerqvist [leni.lagerqvist@regionkalmar.se](mailto:leni.lagerqvist@regionkalmar.se)

### Inledning

Sydöstra sjukvårdsregionen, fortsättningsvis sjukvårdsregionen, delar Socialstyrelsens beskrivning att obesitas är en komplex, kronisk sjukdom som försämrar livskvalitet och ökar risken för andra allvarliga sjukdomar, inkluderat

riskerna att dö i förtid. Merparten av de nationella riktlinjerna handlar om utbildning, identifiering och respektfullt bemötande och i mindre utsträckning om förslag och stöd för behandlande åtgärder vilket sjukvårdsregionen hade sett som önskvärt. Av de behandlingsalternativ som sjukvårdsregionen använder har de kirurgiska insatserna minskat. Möjligheten att använda de effektivaste läkemedlen är begränsad eftersom de bekostas av patienten själv, *läs mer under avsnitt läkemedel*. Flera av rekommendationerna berör levnadsvanebehandling där sjukvårdsregionen föreslår ett förtydligande om vad som avses samt vilken evidens och effekt de åtgärderna har. Sjukvårdsregionen har som mål att arbeta för en jämlik vård där patientgruppen inte ska känna sig diskriminerad och inte heller uppleva ett fördomsfullt bemötande. Sjukvårdsregionen har endast i låg grad anpassade lokaler och anpassad medicinteknisk utrustning för att kunna ta emot målgruppen på patientsäkert sätt. En övergripande kartläggning och inventering av den befintliga medicintekniska utrustningen måste ske i syfte att identifiera vilka investeringsbehov som krävs för att målgruppen ska kunna säkerställas en god och säker vård.

### **Genomförande av analys och insamling av synpunkter**

De ovan nämnda regionala programområdena (RPO) och samverkansgrupper (RSG) inom Sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR), fick i uppdrag att lämna synpunkter över remiss från Socialstyrelsen ”Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Stöd för styrning och ledning”.

De regionala programområdena fick av Socialstyrelsen stöd i processen med tillgång till data från en praxisundersökning, genomförd som via en enkätundersökning. Då de inkomna svaren till antalet var begränsade kompletterades detta resultat med nedanstående underlag från sakkunniggrupper inom respektive programområde.

### **Främjande och förebyggande insatser**

Tidigt riktade insatser för att stärka möjligheten till goda levnadsvanor och gynnsamma livsvillkor är en förutsättning för att ge barn och unga optimala möjligheter att utvecklas. Insatserna bör både vara främjande och förebyggande och dessa tas med fördel fram i samverkan mellan flera aktörer exempelvis socialtjänst, förskola, elevhälsa, MVC, BHV, barnhälsor, barnklinik, länsstyrelsen och eventuellt även civilsamhället. Samverkan och samarbete i syfte att stärka barnets möjligheter till ett hälsosamt liv och därmed även minska risken för

framtida ohälsa, utsatthet och social problematik. Det förebyggande arbete som läggs på barn och unga är en viktig faktor för att skapa ett stabilt samhälle. Förebyggande insatser är ett inkluderande och kostnadseffektivt arbetssätt där såväl individen, kommuner som regioner både på kort och på lång sikt kan dra nytta av dess vinster.

### ***Förslag till komplettering***

Sjukvårdsregionen anser att det är av värde att även inkludera elevhälsans insatser och betydelsen av samverkan med övriga aktörer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, innan slutversionen av riktlinjen fastslås.

### **Graviditet och obesitas**

I hela sjukvårdsregionen tillhör mödravården kvinnosjukvården detta jämfört med att det i många andra delar av landet som oftast har sin organisation inom primärvården. organisationstillhörigheten medför att åtgärder som ska utföras inom primärvården tex avseende obesitas inte alltid på ett självklart sätt omfattar gravida inom mödravården vilket bör beaktas då det i de nationella riktlinjerna nämns gravida mycket översiktligt, se remissutkast NR sid 23-24 <sup>1</sup>.

I dagsläget utför mödravården rutinmässig bedömning av BMI samt har identifierat en stigande andel gravida med obesitas. I riket har 15,5 % BMI > 30 när de går in i graviditeten och i Sjukvårdsregionen är siffran högre dvs 16,4 %. Det är klarlagt att obesitas under en graviditet medför ökade risker för komplikationer hos både mor och barn och det finns stort fokus på detta inom mödravård och förlossningsvård. Under en graviditet är kvinnan mer mottaglig för livsstilsförändringar, vilket man bör ta vara på. Även partner och eventuella övriga familjemedlemmar kan påverkas på ett positivt sätt. Det kan med fördel poängteras att gravida ska erbjudas levnadsvanebehandling och att mödravårdsmottagningar ska tillföras specifik kompetens för detta, t.ex. i form av hälsokoordinator. Detta går också i linje med den remiss som Socialstyrelsen har skickat ut angående graviditet, förlossning och eftervård där obesitas och livsstilsfaktorer har stort fokus. De insatser som primärvården kan erbjuda har svårt att nå de gravida och sjukvårdsregionen ser en fördel om hälsofrämjande åtgärder även erbjuds överviktiga gravida via mödravården.

---

<sup>1</sup> [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/riktlinjer-for-vard-vid-obesitas)

I Region Kalmar län pågår ett projekt med hälsokoordinator inom mödrahälsovården, där man fokuserar på olika livsstilsfaktorer, som till exempel vikt. Projektet har uppvisat goda resultat och kommer permanentats från 2023. Intresse för vidare implementering av inom hela sjukvårdsregionen finns.

### Rekommendationerna

#### a) Strukturerat omhändertagande – från diagnostik till uppföljning

Id	Rekommendation	Prioritet
1	Erbjud vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården, för att kunna identifiera personer med obesitas och erbjuda utredning och bedömning.	2
2	Erbjud utredning och bedömning till barn och vuxna med obesitas, för att kunna erbjuda rätt behandling.	2
3	Följ upp behandlingen för barn och vuxna som fått aktiv behandling för obesitas, strukturerat, regelbundet och långsiktigt.	2
4	Erbjud barn och vuxna med obesitas ett strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan.	2

Sjukvårdsregionen ser att ett strukturerat omhändertagande gällande alla fyra rekommendationerna skapar bättre förutsättning till tidig identifiering, behandling och uppföljning. Verksamheten får stöd av att prioriteringsgraden för dessa fyra rekommendationer är satt till prio 2, vilket är relevant, men där sjukvårdsregionen också bedömer att det kommer att kräva utökade resurser på både kort och lång sikt, läs mer under avsnitt *behandling endokrinologi och kirurgi*.

Ett strukturerat omhändertagande är även ett stöd för primärvården när de möter vuxna med en misstanke om obesitas, idag sker detta bland annat genom så kallade hälsosamtal. Dokumentation av vikt och längd sker även på specialistsköterskemottagningarna och är en naturlig del i besöket. Motsvarande dokumentation genomförs också i samband med läkarbesök årskontroll vid kronisk sjukdom. I primärvården förekommer det däremot många patienter i som söker för en mängd andra orsaker vilket kan innebära att dessa besök per automatik inte innefattar att deras längd och vikt ska mätas. Det innebär sannolikt att diagnosen obesitas inte registreras i den omfattning som diagnosen egentligen förekommer. Vårdbesökets tidsbegränsning ger därtill som oftast inte utrymme för att genomgående genomföra ett strukturerat omhändertagande inom primärvården.

YTTRANDE

5(14)

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

Barnhälsovårdens primära uppdrag är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera ogynnsam viktuppgång BHVs arbete bedrivs utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. För att få ett strukturerat omhändertagande från diagnostik till uppföljning är det angeläget med en tydlig och sömlös samverkan mellan BHV och elevhälsan samt mellan BHV och Barn och ungdomsmedicinska mottagningar eller annan specialiserad vårdnivå.

En utmaning är att på ett patientsäkert och personcentrerat sätt få till en samverkan med elevhälsan då information om eleven och familjen kräver samtycke som ex. dokumentation som vikt, längd och övrigt inte kan delas utan samtycke. Detsamma kan gälla vid de initiala mötena dvs vid start av bedömning av barn. Dessa medskick från de verksamheter som möter barn och ungdomar stärker den sjukvårdsregionens inledande skrivning om elevhälsans betydelse för att riktlinjen ska nå den effekt som avses.

Inom sjukvårdsregionen råder variation hur identifiering, kartläggning och behandling av barn med obesitas erbjuds, därutöver kan regionernas olika organisationer ytterligare kan bidra till ojämlik vård. Ytterligare en utmaning är att samordna insatser för de barn som erhåller vård från flera olika vårdaktörer. För dessa barn är det av stor vikt att den ogynnsamma viktutvecklingen uppmärksammas och samordnade insatser påbörjas och dokumenteras med stöd av samordnad individuell plan (SIP) och att detta bör genomföras innan obesitas har utvecklats.

Rekommendationen av regelbunden vägning och mätning är bra och en förutsättning för tidig identifikation av ogynnsam viktutveckling eller preobesitas. Kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen tillika förståelse hur BMI-kurvan hos barn ska tolkas korrekt kräver erfarenhet och kompetens. I de flesta fall är det inte den exakta positionen i BMI-kurvan som oroar utan snarare tillväxtmönstret med snabb ökning av BMI, därför kan fler mätpunkter behövas. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver därtill kunskap om att särskilt uppmärksamma de fall där barnet börjar korsa sina kanaler i tillväxtkurvan.

Sjukvårdsregionen stödjer att erbjudande om behandling ska ske på ett respektfullt och icke stigmatiserade sätt. Tillhörande utredningsinsatser behöver innehålla omfattande anamnes och kartläggning. Den behöver vara grundlig och syfta till att

YTTRANDE

6(14)

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

skapa en bild av allvarlighetsgraden i barnets sjukdom, sociala-, psykologiska- och medicinska faktorer samt eventuella tidigare behandlingsinsatser. Strukturerad personcentrerad uppföljning bör erbjudas utifrån den unika familjens behov och förutsättningar.

Behandlingsuppföljning av obesitas hos barn är i de flesta fall flerårig och en regelbunden frekvent kontakt med sjukvården bör erbjudas. För att upprätthålla kontinuitet och stöd föreslår sjukvårdsregionen att behandlingsfrekvensen bör styras utifrån ålder, svårighetsgrad av obesitas, typ av behandling, behandlingsresultat och vilka individuella behov som finns. Kontakt bör erbjudas fysisk, digitalt och telefonledes för att möta familjens behov och förutsättningar.

**b) Kompetensutveckling**

Alla vårdgivare har i sitt uppdrag att erbjuda all hälso- och sjukvårdspersonal den utbildning som krävs för att kunna genomföra uppdraget. Sjukvårdsregionen delar uppfattningen om att det generellt i vården råder okunskap kring obesitas, vilket kan vara en av orsakerna till att bemötandet av patientgruppen ibland blir stigmatiserande. Merparten av all hälso- och sjukvårdspersonal har behov av ökad baskunskap. Detta inkluderat samtalsbehandlare vars kompetens är värdefull, men inte omnämns i förslaget. En annan utmaning i att förbättra bemötande och höja kompetensen är att allt fler vård- och hälsocentraler använder hyrpersonal, både avseende läkare- och sjuksköterskekompetens.

Sjukvårdsregionen stödjer därmed rekommendationen att hälso- och sjukvårdens personal ska erbjudas utbildning och dess höga prioriteringsgrad, prio 2, anses relevant. Då obesitas klassificeras som en kronisk sjukdom bör de som möter barn och vuxna ha adekvat kunskap och erfarenhet att identifiera obesitas. Det behövs kunskap om de somatiska och psykiska komplikationer som riskeras eller redan kan ha utvecklats.

***Förslag***

För att ta fram målgruppsanpassade utbildningar av hög kvalitet krävs såväl resurser som kompetens varav det nationella systemet för kunskapsstyrning tillsammans med Socialstyrelsen föreslås ta fram dessa underlag.

Förutsättningarna att på ett resurseffektivt sätt skapa en jämlik god vård, oavsett var hälso- och sjukvårdspersonalen har sin anställning, ökar därmed samt ger ökade möjligheter till att på kort sikt förändra och förbättra arbetssätt. Nationellt

framarbetade och digitala alternativ till färdighetsträning i bemötande, samtalsmetodik etcetera bör också vara möjlig att ta fram.

**c) Kombinerad levnadsvanebehandling**

Att personer med obesitas ska erbjudas stöd för att initierad behandling ska bibehållas över tid innebär flera utmaningar för sjukvårdsregionen. Begreppet Levnadsvanebehandling kan upplevas otydligt för både patient och vårdgivare. Sjukvårdsregionen har erfarenhet av att denna behandling har störst effekt om det sker i samverkan och med stöd av kompetenser från rehabilitering, habilitering och psykiatri.

Att tydliggöra vem som gör vad dvs vad ska patienten bidra med och vad ska vårdgivaren eller vårdgivarna bidra med, både på kort och lång sikt kräver strukturerat stöd. Den enskilde patientens förmåga, resurser och behov avgör vilka insatser vårdgivaren kan erbjuda. För att dessa patienter ska fångas upp och inte behandlas parallellt av flera varandra ovetande aktörer vore det värdefullt om någon specialitet hade det yttersta ansvaret. I nuläget saknas naturliga remissinstanser utöver kirurgin.

När målgruppen, personer med obesitas, samtidigt har svår funktionsnedsättning innebär det som oftast att ytterligare särskilda och komplexa behov föreligger. Det ställer naturligt särskilda krav på sjukvårdsregionens och kommuns hälso- och sjukvård samt att en samverkan med socialtjänsten och dess insatser etableras. Regionerna och kommunerna har i mer eller mindre omfattning metoder och verktyg som stödjer den typ av individuell planering som görs tillsammans med patienten. Samordnad individuell plan (SIP) och Patientkontrakt är exempel på detta.

Sjukvårdsregionen saknar rekommendationer som föreslår familjestödjande behandlingsinsatser vilket oftast är en betydande faktor för barn och ungdomar eftersom deras levnadsvanor i hög grad relaterar till familjens levnadsvanor.

Mottagare av de behandlingsinsatser som ges vid obesitas hos barn är i huvudsak vårdnadshavare, därför behöver insatser i form av levnadsvanebehandling anpassas utifrån ett vuxen- och familjeorienterat angreppssätt. Utifrån ålder och mognad kan barnet succesivt göras mer delaktig och främja och uppmuntra goda levnadsvanor i form av sömn, fysisk aktivitet och kost.



YTTRANDE

8(14)

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

Oftast är det ett långvarigt behandlingsstöd som krävs, där KBT kan vara en del. Utförare med KBT-kompetens i förhållandet till efterfrågan innebär ett gap där kompetensen är en bristvara. Sjukvårdsregionen föreslår därmed att nationella utbildningar inom KBT bör öka.

#### d) Läkemedelsbehandling

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen finns otillräcklig erfarenhet av läkemedelsbehandling av obesitas hos barn. I dagsläget finns ingen läkemedelsförmån gällande de godkända läkemedlen för barn > 12 år för obesitas. Detta bidrar till en ojämlik vård där enbart barn i familjer med ekonomiska förutsättningar, kan få behandling. Läkemedelsbehandling för barn i kombination med kombinerad levnadsvanebehandling kan vara ett bra behandlingsalternativ när inte tidigare behandlingsinsatser gett önskat resultat. Läkemedelsbehandling vid obesitas hos ungdomar bör ske på specialiserad nivå av ett multiprofessionellt team med rätt kompetens. Utredning, bedömning och påbörjad läkemedelsbehandling med upptrappning bör följa en strukturerad process med uppföljning under en längre tid.

Tillgången till, och möjligheten att tillgodogöra sig kombinerad levnadsvanebehandling och/eller kirurgisk behandling är ojämn både geografiskt och socioekonomiskt. De läkemedel som de senaste åren registrerats och godkänts för behandling av obesitas har inte bedömts kostnadseffektiva nog för att ingå i läkemedelsförmånen, men kan bekostas av patienten själv. Det är dock möjligt för enskilda vårdgivare att ta kostnadsansvaret för läkemedel utanför förmånen genom så kallad undantagshantering. Detta förutsätter emellertid att det handlar om läkemedel till enskilda individer där behandlingsalternativ saknas och där användning av läkemedlet bedömts kostnadseffektivt.

Vården är ojämlik, då obesitas är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper, vilka dessutom har sämre möjligheter att själva bekosta sin eller sina barns läkemedelsbehandling. Riktlinjerna lyfter diagnostik och strukturerat omhändertagande som nyckelfaktorer och ger därmed hög prioritet till att erbjuda vägning och mätning av såväl barn som vuxna inom hälso- och sjukvården samt att kombinerad levnadsvanebehandling och en större satsning på läkemedel och kirurgi framhålls.

Vad gäller läkemedelsbehandling beskrivs att detta kan vara aktuellt som tillägg till levnadsvanebehandling, då kirurgi inte kan genomföras eller då man ser

YTTRANDE

9(14)

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

viktuppgång efter kirurgi. Behandling kan enligt rekommendationerna ”behövas under längre tid, återkommande i perioder eller för att behålla en stabil vikt”. Sjukvårdsregionen ser en brist i att i de kunskapsunderlag som det refereras till är studier som pågått under relativt korta tidsperioder såsom 56 veckor eller färre.

Riktlinjerna beskriver de fyra läkemedel som idag är godkända för behandling, där de tre aptitreglerande läkemedlen inte ingår i läkemedelsförmånen. Sjukvårdsregionen tolkar det som att Socialstyren i detta fall valt att inte ge de aptitreglerande någon rekommendation i riktlinjerna, men ”ser det som önskvärt att fler typer av läkemedel kan rekommenderas i riktlinjerna framöver”.

Det är alltid den behandlande hälso- och sjukvårdspersonalen som ansvarar för att bedöma den enskilda patientens behov, så att patienten får adekvat behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, men då riktlinjerna i första hand ska vända sig till beslutsfattare som stöd för prioritering av resurser mellan olika åtgärder, ställer sig sjukvårdsregionens läkemedelsakunniga frågande till att Socialstyrelsen i samma stycke direkt vänder sig till förskrivare med - Citat ”Du som behandlar patienter kan redan i dag skriva ut samtliga godkända obesitasläkemedel”.

Sjukvårdsregionen vill därmed lyfta att det finns stora utmaningar och en hälso- och sjukvårdsproblematik i att patienten i flera fall får stå för läkemedelskostnaden. Nuvarande formulering i riktlinjerna behöver förtydligas för att undvika att det kan tolkas som en uppmaning till förskrivare att kringgå TLVs bedömning. Detta förstärks ytterligare då riktlinjen i sitt val av indikator för uppföljning av läkemedelsbehandling vid obesitas valt att använda uthämtade läkemedel mot obesitas på recept vid minst ett tillfälle per kalenderår, vilket innebär att man dessutom kan tolka en sådan förskrivning som önskvärd.

Sjukvårdsregionen anser att dessa formuleringar i de nationella riktlinjerna blir problematiska och inbjuder förskrivarna att förskriva utanför regelverket. Riktlinjerna nämner också långtidsbehandling utan att presentera underlag som styrker detta. Riktlinjerna kommer, enligt Socialstyrelsen, uppdateras när fler obesitasläkemedel ingår i förmånen. Sjukvårdsregionen föreslår att nuvarande stycke om läkemedelsbehandling omarbetas med beaktande av synpunkterna ovan.

YTTRANDE

10(14)

 Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

**e) Behandling - endokrinologi och kirurgi**

Id	Erbjud operationen ...	till personer med obesitas som är aktuella för operationen och ...	Prioritet
18	gastric bypass	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	2
14		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är barn i åldern 15–17 år</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	3
16		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI 30–35</li> </ul>	3
19	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	3
20	BPD/DS (biliopankreatisk diversion med duodenal switch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 50</li> </ul>	5

Allmänt sett finns i Sydöstra sjukvårdsregionen otillräcklig kunskap om obesitas ute i verksamheterna och utbildningsbehovet är stort. Undantaget barnhälsovården och mödrahälsovården är det sannolikt låg grad av systematisk identifiering av individer med obesitas i sjukvården, även sådana som uppenbart kan vara aktuella för behandling. I stor utsträckning behöver patienterna själva driva på för diagnossättande och remiss till behandling. Det har tidigare angetts, men kan reteras att det föreligger därtill bristande strukturer för remiss- och behandlingsvägar, förutom till kirurgi. Det vore önskvärt med en central funktion med kompetens inom obesitas som screenar och sorterar patienter som kan vara aktuella för intervention.

För de som remitteras för obesitaskirurgi finns idag en ganska god struktur för systematisk bedömning av patienterna. När flera behandlingsmodaliteter (läkemedel) blir tillgängliga bör det vara en multidisciplinär boardfunktion. Prioriteten för kirurgisk behandling är hög, vilket är rimligt då obesitaskirurgi har god evidens för att leda till betydande hälsovinster gällande att behandla och förebygga sjukdomar som diabetes typ 2, hypertoni, dyslipidemi, sömnapné mm. Risken att drabbas av hjärtinfarkt och stroke minskar kraftigt och risken för att få en cancersjukdom halveras hos kvinnor. Sammantaget leder detta till påtagligt längre förväntad överlevnad. Dessutom finns förbättringar i belastningsrelaterade sjukdomar och livskvalitet.

Tidigare utredningar beträffande indikation för kirurgisk behandling har upprepat kommit fram till att BMI >35 kan motivera att en patient kan genomgå obesitaskirurgi. Dock bör man överväga om denna strikt BMI-baserade indikationen ska kompletteras med inventering av förekomst av exempelvis metabol sjukdom, belastningsproblematik och grad av påverkan på livskvalitet.. Det senare för att ge ett underlag för rangordning av indikationens styrka, och även för att ge ett underlag för utvärdering under uppföljningen efter kirurgi. Prioriteten för gruppen med BMI 30–35 bör kompletteras med föreliggande komorbiditet (ffa typ 2 diabetes) då det inte finns en allmän indikation att överväga obesitaskirurgi i detta segment.

Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud operationen ...	till personer med obesitas som ...	Prioritet
15	sleeve-gastrektomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• är barn i åldern 15–17 år</li> <li>• har BMI <math>\geq</math> 35</li> </ul>	FoU
17		<ul style="list-style-type: none"> <li>• är vuxna</li> <li>• har BMI 30–35</li> </ul>	FoU

Att sleeve gastrektomi för ungdomar (15–18 år) anges som FOUU-område kan vara rimligt, då huvuddelen av studierna för ungdomar är med gastric bypass. Det är dock utmanande att ange att Sleeve för BMI 30-35 bara ska ske inom FOUU. I daglig praxis anser många svenska obesitaskirurger att lägre BMI talar för att sleeve är föredragen.

Det finns idag otillräcklig systematisk långtidsuppföljning av och kunskap om patienter som genomgått obesitaskirurgi. Under det första 1(-2) åren efter operation är patienten knuten till en kirurgklinik och i standardiserad uppföljning. Därefter remitteras patienten till primärvården där kunskapen om sällankomplikationer är begränsad medan rutinuppföljning oftast fungerar.

För att förebygga, diagnosticera, behandla och följa upp de svåraste och mest komplexa fallen med olika typer av komplikationer eller bristande effekt efter obesitaskirurgi är ett kompetensteam med multidisciplinärt omhändertagande att föredra, men som sjukvårdsregionen saknar.

**Indikatorerna**

Indikation för obesitaskirurgi i ungdomsåren är obesitas med BMI > 35 i kombination med medicinskt komplicerande tillstånd såsom diabetes typ 2, sömnapné syndrom, leverförfettnin, påverkad mobilitets- och ledproblem.

**Tabell 1. Övergripande indikatorer för vård vid obesitas**

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

\*Utvecklingsindikator

Att i samband med vårdbesök erbjuda vägning och mätning till barn och vuxna kommer att bli oerhört resurskrävande. Sjukvårdsregionen anser det som önskvärt med ett förtydligande dvs om det är vårdens medarbetare som ska väga och mäta samtliga patienter som besöker vården eller om det är egenmätning i sjukvårdens lokaler som avses.

Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att långsiktigt följa behandling av barnobesitas i landet. Alla som behandlar barn med obesitas ska registrera sina patienter. Med hjälp av registret kan den egna vården kvalitetssäkras och vårdenheter får möjligheter till en god uppföljning på både individnivå och enhetsnivå.

**Tabell 2. Indikatorer för vård vid obesitas, barn**

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

\*Utvecklingsindikator

**Tabell 3. Indikatorer för vård vid obesitas, vuxna**

Nr	Namn	Rekommendationens id
3.1	Nydiagnostiserad obesitas	1, 2
3.2*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	2, 9, 11
3.3*	Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd	2, 10
3.4	Läkemedelsbehandling vid obesitas	2, 13
3.5	Kirurgisk behandling av obesitas i befolkningen	2, 16, 18, 19
3.6	Kirurgisk behandling vid BMI $\geq$ 35	2, 18, 19
3.7	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI $\geq$ 35	3, 18
3.8	Viktnedgång efter sleeve-gastrektomi vid BMI $\geq$ 35	3, 19
3.9	Gastric bypass vid BMI 30–35	2, 16
3.10	Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI 30–35	3, 16
3.11	Samsjuklighet efter kirurgisk behandling av obesitas	3, 16, 18, 19
3.12	Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas	3, 16, 18, 19
3.13*	Strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning vid obesitas	3
3.14*	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal	5

\*Utvecklingsindikator

YTTRANDE

14(14)

Regionsjukvårdsstaben  
Leni Lagerqvist

2022-09-23

Dnr: RÖ 2022-5708

**Summering**

Riktlinjerna kommer att vara ett stöd i de prioriteringar som är nödvändiga att göra samt i den fortsatta utvecklingen av vården vid obesitas.

Sjukvårdsregionen står inför utmaningen att kontinuerligt utveckla och stödja professionen för att säkra en god vård för patienterna. För att uppnå detta är det av stor betydelse att den nya organisationen för kunskapsstyrning med nationella och regionala programområden involveras i alla processer och aktiviteter som berör kunskapsstyrning.

Nationellt och sjukvårdsregionalt samordnade insatser där involverade aktörer i hela vårdkedjan tillsammans skapar underlag som är lätt tillgängliga för alla medarbetare och medborgare bör bidra till att de resurser och kompetenser som finns nyttjas på ett kostnadseffektivt sätt.

För regionerna i Sydöstra sjukvårdsregionen

Rachel De Basso  
Ordförande i SVN  
Region Jönköpings länAngelica Katsanidou  
Vice ordförande i SVN  
Region Kalmar länKaisa Karro  
Vice ordförande i SVN  
Region Östergötland