

Gapanays: Socialstyrelsens nationella riktlinje för vård vid obesitas - vuxenflöde

Datum: 230822
Ordförande: Marije Galavazi
Metodstöd: Louise Andersson
Berörda verksamheter: Primärvård; Vuxenhabilitering; Psykiatri; VO Medicin; VO Kirurgi; Kommunal hälso-och sjukvård
Beslut RMKS 231123: RMKS fastställer presenterad gapanalys.

RMKS ger LAG obesitas fortsatt förtroende, och de får i uppdrag att:

1. förtydliga organisationsstrukturen för personer med obesitas i hela vårdkedjan, utifrån barn- respektive vuxenflödet
 2. ge förslag på struktur och innehåll för kompetenshöjande insatser kring obesitas, på olika nivåer.
- Delrapport kring uppdragen till RMKS senast 240530 samt slutrapport senast 241130.

Id	Rekommenderat läge Nationell riktlinje	Prio	Nuläge	Gap	Gap - vad saknas
Område 1 Sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning Uppfyllt Delvis uppfyllt Något uppfyllt Görs ej					
	Erbjud vägning och mätning till vuxna som besöker hälso- och sjukvården, för att kunna identifiera personer med obesitas och erbjuda utredning och bedömning.	2			
			Primärvård: Nej, inte strukturerat för alla. Vid uppföljning av ex. diabetes typ 2, högt blodtryck, hjärtkärl sjuk tas ibland vikt inför årsbesök rutinmässigt. Vid annan obesitas relaterad samsjuklighet dock ej alltid (sömnapné, artros, hypotyreos, dyspepsi, urininkontinens, osv). Tveksamt om vägning ska erbjudas alla som söker till VC oavsett besvär.		-Ser olika ut på olika VC . Saknas struktur för utredning och bedömning som gäller på alla vårdcentraler. -Oklart om det finns vågar för tyngre patienter på alla vårdcentraler. Oklart om befintliga resurser skulle räcka till för screening i större skala.
			Vuxenhabilitering: Vägning sker i vissa fall, men görs inte i syfte att upptäcka obesitas.		Otillräckligt med vågar. Har en del digitala besök, vilket innebär att inte alla kan vägas. Nybesök sker i samtalsform vilket innebär att vägning ej ingår som en naturlig del vid dessa besök.
			Psykiatri: Vägning kan göras, men inte i syfte att upptäcka obesitas. Kan erbjudas vid årsbesök. Inte rutin vid nybesök på flesta enheter. (förutom Ätstörningsenh, och Rättsspsykiatri). Osäkert om utrustning finns med tillräcklig max vikt på alla psykiatrins		Vägning görs inte för att identifiera obesitas och det saknas struktur för omhändertagande och ställningstagande till eventuell remiss till vidare specialistvård.



		Allmän medicinsk klinik: Man tänker inte alltid på att obesitas kan påverka annan sjukdom och tar inte vikt på alla patienter. Pat tillfrågas ofta själv om viktuppgifter.		Man saknar första vikt, därmed att följa ändring ej möjligt. Både snabb vikt minskning samt –ökning kan vara larmsymtom. Påverkar dosering av visa läkemedel.
		Överviktsenheten (MM5): Alla patienter vägs. Enbart vuxna. Vågar vägar upp till 220 kg.		Erbjuds på enheten förutom rullstol eller vikt >220 kg. Kan ej tas via provbeställning på USÖ. Ej lätt logistik för rullstolsvåg, som finns på annan klinik.
		Kirurgkliniken: Inför obesitas kirurgi: Alla patienter vägs inför obesitas kirurgi. Våg klarar upp till 300 kg. Kirurgi: Vägning och mätning görs inte vid annan kirurgi i syfte att upptäcka obesitas, trots att vikt kan vara relevant.		Inga klara riktlinjer vad som ska göras om obesitas identifieras (hos annan än kirurg på obesitasmottagning)
		Kommunal hälso- och sjukvård: Vägning kan göras, men görs inte i syfte att upptäcka obesitas. Osäkert om utrustning finns med tillräcklig max överallt.		Vägning görs inte för att identifiera obesitas oh det saknas struktur för omhändertagande och ställningstagande till eventuell remiss för vidare utredning.
	Erbjud utredning och bedömning till vuxna med obesitas, för att kunna erbjuda rätt behandling.	2		
		Primärvård: Nej, ej strukturerad på alla vårdcentraler.		Ser olika ut på olika VC, dvs ojämlik vård. Saknas i ofta struktur för omhändertagande. Riktlinjer som finns är inte implementerade överallt. Diagnos sätts sällan. (ca 1% fast 16% i RÖL drabbas) Saknas remissinstanser för icke-operativ behandling. Resurser och team saknas på de flesta vårdcentraler för behandling. Ingen tillgång alls till dietist om patientärende handlar om obesitas.
		Vuxenhabilitering: Nej. Erbjuds inte. Vid behov remiss till PV.		Att kunna väga och mäta och därefter hänvisa där det är aktuellt, i första hand till primärvård.
		Psykiatri: Nej. Utredning eller behandling erbjuds i inte. Kan se över läkemedel vid behov. Psykosvården gör ibland metabol utredning. Samtal om kost vid behov. Remiss till PV vid behov.		Ska kunna väga och mäta. Där lämplig se över hur psykiatrisk behandling kan påverka obesitas (t ex läkemedel) och vice versa. Hänvisa där det är aktuellt.
		Allmän medicinsk klinik: Nej. Erbjuds inte.		Ska kunna väga och mäta och därefter hänvisa där det är aktuellt.
		Överviktsenheten (MM5): Nej, om det gäller alla vuxna med obesitas. Tar emot pat som har gjort basutredning via annan klinik/VC. Kompletterar med strukturerad utredning för den selekterade gruppen. Hela utredning för särskilda patientgrupper (t ex forskning).		Enbart selekterad patientgrupp tas emot, därmed faller en hel del mellan stolarna. (t ex pat med kognitiva svårigheter eller ej vill erbjuden behandling). Inga rutiner att fånga ovanliga diagnoser som orsak till obesitas.
		Kirurgkliniken: Nej. Erbjuds inte. (Annat än kopplad till specifik utredning inför överviktsoperation)		Ska kunna väga och mäta och därefter hänvisa där det är aktuellt.



		Kommunal hälso- och sjukvård: Nej. Erbjuds inte.		Ska kunna väga och mäta och därefter hänvisa där det är aktuellt.
Följ upp behandlingen för vuxna som fått aktiv behandling för obesitas, strukturerat, regelbundet och långsiktigt.	2			
		Primärvård: Oftast nej (för icke-kirurgisk behandlade pat). Delvis på vissa VC för kirurgisk behandlade pat.		Pat som fått kirurgisk behandling mot obesitas följs strukturerat på många VC (på väntelista eller pats eget ansvar beroende på arbetssätt) Pat med icke-kirurgisk behandling mot obesitas följs inte strukturerad med vissa undantag (t ex med viss samsjuklighet eller LM-behandling)
		Vuxenhabilitering: Nej		Vb följa upp vikt eller larmfunktion om mer stöd behövs.
		Psykiatri: Nej.		Vb följa upp vikt eller larmfunktion om mer stöd behövs.
		Allmän medicinsk klinik: Nej		Vb följa upp vikt eller larmfunktion om mer stöd behövs.
		Överviktsenheten (MM5): Nej.		Följer ej långsiktigt.
		Kirurgkliniken: Nej med undantag. Följer pat t o m 2 år efter operation enligt riktlinjer. Liten andel pat (efter duodenal switch) följs upp livslång.		
		Kommunal hälso- och sjukvård: Nej.		Inget.
Erbjud sammanhållen hälso- och sjukvård till vuxna med obesitas.	2			
		Primärvård: Nej. Icke-kirurgisk behandling erbjuds enbart begränsat. Läkemedel: uppföljning på något sätt men ej i kombination med levnadsvanebehandling. Ofta patienter som initierar behandling. Post överviktsoperation: tydlig handläggning, livslång uppföljning ska göras varje år med provtagning och besök. Olika vem som har ansvar: patient eller vården.		Icke-kirurgisk behandling, med eller utan läkemedel erbjuds enbart på mycket begränsad antal VC och i liten skala. Saknas behandling och remissinstanser för icke-kirurgisk behandling.
		Vuxenhabilitering: Nej. Fokus på obesitas tillhör ej uppdraget. Sjukdom/symtom hos person med obesitas som av annan orsak har kontakt med rehabilitering hanteras.		(Misstänkt) diagnos obesitas kan lätt missas. Saknas tydlig intern rutin att remittera vidare till primärvården för att få hjälp för obesitas.
		Psykiatri: Nej. Fokus på obesitas tillhör ej uppdraget. Sjukdom/symtom hos person med obesitas som är anledning för kontakt med rehabilitering hanteras.		(Misstänkt) diagnos obesitas kan lätt missas. Saknas behandlingsmöjligheter men även tydliga remissvägar så att kan få hjälp för obesitas.

**- vuxenflöde**

			Allmän medicinsk klinik: Nej. Fokus på obesitas tillhör ej uppdraget. Sjukdom/symtom hos person med obesitas som är anledning för kontakt med habilitering hanteras.		(Misstänkt) diagnos obesitas kan lätt missas att åtgärdas som "egen" diagnos. Saknas behandlingsmöjligheter men även tydliga remissvägar så att kan få hjälp för obesitas.
			Överviktsenheten (MM5): Nej. En selekterad grupp av pat tas emot via MM5. Gruppbehandling inkl lågenergidiet (LED) erbjuds, som inte passar visa personer/grupper. Genom remiss samarbete med andra vårdgivare. Begränsad behandlingstid (1 till max 2 år).		Om ej lämplig med gruppbehandling, kan pat ej få vård via MM5. Kan remitteras ut till PV men oklart vad som erbjuds på vilken VC. Inga individuella behandlingar finns. "Smörgåsbordet" av skraddarsydda behandlingar finns ej. Begränsat samarbete (annat än via remiss) med andra kliniker utöver PV.
			Kirurgkliniken: Ja, för den som genomgår obesitaskirurgi. Nej, för den som har obesitas och annan åkomma eller kontraindikationer för kirurgi.		Saknas behandling och remissinstanser för non-operativ behandling.
			Kommunal hälso- och sjukvård: Nej. Tillhör ej uppdraget. Kan erbjuda uppföljning genom vägning om personen inte kan ta sig till vårdcentral.		(Misstänkt) diagnos obesitas kan missas. Saknas behandlingsmöjligheter men även tydliga remissvägar så att kan få hjälp för obesitas.
	Område 2 Kompetensutveckling				
	Erbjud kompetens utveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal.	2			
			Primärvård: Finns "Basutbildning" och "Behandlingsutbildning" för alla inom vård- och omsorg att ta del i, ges via överviktsenheten/MM5. Båda halvdagar. Finns gruppledarutbildning (hel dag).		Ej känd av alla medarbetare. Alla får inte möjlighet att gå. (T ex ej mandat att utbildas, om inte mandat att utreda/bedöma/och behandla finns.) Finns ingen mer utförlig utbildning inom RÖL. Snabb utveckling inom läkemedelsbehandling vid obesitas där kunskap saknas.
			Vuxenhabilitering: Överviktsenheten har "Basutbildning", som är främst inriktad för behandlare.		Ev. är basutbildningen för innehållsrik för alla medarbetare. De flesta medarbetare inte haft utbildning riktad till obesitas. Kan behövas ett alternativ för att alla medarbetare ska kunna ta del av kompetenshöjning.
			Psykiatri: Som ovan.		Som ovan.
			Överviktsenheten (MM5): Aktiv bevakning av forskningsfältet och deltagande i obesitas forskning samt konferenser.		Behövs mer utbildning. T ex i hur man informerar och motiverar utifrån kultur och NP-svårigheter. Behov av verktyg. Saknas svensk utbildning för att bli "specialist inom obesitas område", dvs kunskap måste samlas från olika forum.



			Kirurgkliniken: Internt: Återkommande internutbildning ffa till enheter som behandlas för övervikt, men även i mindre utsträckning till andra (ffa läkare) inom kliniken. Extern: Flera personer vid kliniken deltar aktivt med planering och/eller föreläsningar vid nationella och internationella konferenser. Aktiv bevakning och forskningsfältet och deltagande i de stora internationella kongresserna samt nationella konferenser (för läkare IFSO, ASMBS; för sjuksköterskor och dietister MDFO, SOReg dagen)		Kompetens finns, men saknas i viss mån naturliga forum för att nå ut till den som inte arbetar aktivt inom obesitaskirurgi
			Kommunal hälso- och sjukvård: Som för vuxenhabiliteringen.		Som för vuxenhabiliteringrn.
	Område 3 Kombinerad levnadsvanebehandling				
	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är: vuxna med behov av särskilt stöd	2			
			Primärvård: Nej.		Finns varken kompetens eller resurser. Saknas samarbete mellan vårdgivare på olika kliniken/enheter.
			Vuxenhabilitering: Vid kontakt tex pga behov av stöd för struktur i vardagen kan stöd för förbättrade hälsosamma levnadsvanor ges.		Resurser och kompetens saknas för att erbjuda anpassad kombinerad levnadsvanebehandling för personer med obesitas, trots att vi vet att vår målgrupp har förhöjd risk för obesitas.
			Psykiatrin: Vissa patientgrupper erbjuds stöd.		Saknas resurser och kompetens för att kunna erbjuda levnadsvanebehandling (trots att dessa åtgärder även kan påverka den psykiska hälsan positivt.)
			Överviktsenheten (MM5): Nej förutom via eventuellt konsultativt stöd. Pat med särskilda behov kan oftast ej ta del i erbjuder behandling via MM5.		Inga anpassade behandlingsmöjligheter till personer med särskilda behov finns.
			Kirurgkliniken: Nej. Finns en del av strukturerat omhändertagande. Finns utrymme för förbättring och intensifiering till specifika subgrupper (dock finns inte instrumenten riktigt för att identifiera dessa idag)		Saknas dietist och psykologresurs. Träningsstöd/levnadsvanestöd post-operativt?
			Kommunal hälso- och sjukvård: Nej		
	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är: vuxna under 70 år, även gravida	4			



			Primärvård: Nej. Ej strukturerad för vuxna. Men "Steg för steg" gruppbehandling med 6 träffar som stöd i levnadsvanor erbjuds på mycket begränsad antal VC (2 i RÖL). Gravida med obesitas fångas upp och vägs oftare men erbjuds inte komb levadsvanebehandling, ej heller proaktivt innan graviditet.		Saknas på flesta VC.
			Vuxenhabilitering: Nej.	NA	
			Psykiatri: Nej. Levnadsvanor formulär fylls i vid årsbesök på vissa mottagningar med vid behov rådgivning. Dock ej alltid komb levnvbehandling i så fall. DBT-mottagning och Åtst mottagning jobbar mycket med levnadsvanor även om det inte är specifik kopplad till obesitas.		
			Överviktsenehten (MM5): Delvis. Ingår i gruppbehandlingen men finns ej som separat modul t ex.		Exklusionskriterierna till gruppbehandling gör att alla inte nås. Ingen individuell komb levnvbehandling
			Kirurgkliniken: En del av strukturerat omhändertagande. Finns utrymme för förbättring och intensifiering till specifika subgrupper (dock finns inte instrumenten riktigt för att identifiera dessa idag). För gravida inte aktuellt med behandling kirurgiskt däremot hanteras komplikationer för denna grupp.		Saknas full dietistresurs samt psykolog. Träningsgrupper postoperativt?
			Kommunal hälso- och sjukvård: Nej.		
	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är: vuxna från 70 år	6	Se svar till "Erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling till personer med obesitas som är vuxna under 70 år, även gravida". Skillnaden är att patienter > 70 knappt omhändertas som första kontakt på MM5 eller kirurgiska kliniken där de sällan uppfyller kriterierna för behandling på dessa mottagningar.		
			Primärvård:		
			Habilitering:		
			Psykiatri:		
			Överviktsenehten (MM5):		
			Kirurgkliniken:		
			Kommunal hälso- och sjukvård:		
	Områder 4: Läkemedelsbehandling				



Erbjud läkemedlet orlistat som tillägg till levnadsvane behandling, till vuxna med obesitas som är aktuella för läkemedels behandling.	4			
		Primärvård: Ja och Nej. Patient och inte vården driver oftast frågan.		Orlistat är minst effektiva tillgängliga läkemedel som stöd vid viktminskning. Saknas kunskap ibland Kombinerad levnadsvanebehandling ska erbjudas samtidigt enligt kliniska riktlinjer. Det saknas dock på de allra flesta VC.
		Vuxenhabilitering: Nej.	NA	
		Psykiatrin: Nej.	NA	
		Överviktsenheten (MM5): Ja, men enbart till pat som har gruppbehandling på MM5. Patienter informeras om orlistat, bupropion/naltrexon, liraglutid och semaglutid.		Orlistat är minst effektiva tillgängliga läkemedel som stöd vid viktminskning men subventioneras i motsatsen till övriga nämnda läkemedel.
		Kirurgkliniken: Knappt. Just orlistat i princip aldrig aktuellt för de individer vi behandlar. Liraglutid, bupropion/naltrexon och ffa semaglutid (när och om den blir tillgänglig) kan vara aktuellt som del av behandling vid viktrecidiv efter kirurgi. Erbjuds riktad som del av samtidig hypoglykemi (Akarbos första handling här, GLP-1RA dock eventuellt aktuellt vid kombinationen signifikant viktrecidiv och hypoglykemi).		Orlistat är i princip inte aktuellt av medicinska skäl här. Gul pga att andra aptitreglerande LM ändå erbjuds till vissa grupper.
		Kommunal hälso- och sjukvård: Nej.	NA	
Område 5: Kirurgi				
Erbjud operationen gastric bypass till vuxna personer som har: • har BMI ≥ 35 • är aktuella för obesitaskirurgi	2			
		Kirurgkliniken: Ja med nuvarande efterfrågan.		Vid en 40-50% ökning av efterfrågan krävs dock mer operationsresurs



Erbjud operationen gastric bypass till vuxna personer som har: • har BMI 30-35 • har allvarlig obesitas relaterad sjukdom • är aktuella för obesitaskirurgi	3			
		Kirurgkliniken: Ja. Både pat och flesta vårdgivare vet dock inte om möjligheten vid BMI <35.		En kraftigt ökad efterfrågan skulle dock kräva större operationsutrymme.
Erbjud operationen sleevegastrektomi till vuxna personer som har: • har BMI ≥ 35 • är aktuella för obesitaskirurgi	3			
		Kirurgkliniken: Ja. Vi förväntar oss en gradvis minskad efterfrågan av denna operation.		Här förväntas en minskad efterfrågan. Då en inte försumbar andel av de som opereras med denna metod (ca 15%) kan kräva senare konvertering till annan metod kan en kraftigt ökad efterfrågan även medföra ökat behov av senare mer avancerad operation.
Erbjud operationen sleevegastrektomi till vuxna personer som har: • har BMI 30-35 • har allvarlig obesitas relaterad sjukdom	5			
		Kirurgkliniken: Ja. Vi förväntar oss en gradvis minskad efterfrågan av denna operation. Både pat och flesta vårdgivare vet dock inte om den möjligheten vid BMI <35.		Här förväntas en minskad efterfrågan. Då en inte försumbar andel av de som opereras med denna metod (ca 15%) kan kräva senare konvertering till annan metod kan en kraftigt ökad efterfrågan även medföra ökat behov av senare mer avancerad operation.
Erbjud operationen BPD/DS (biliopan kreatisk diversion med duodenal switch) till vuxna personer som har: • har BMI ≥ 50 • är aktuella för mer omfattande obesitaskirurgi	5			
		Kirurgkliniken: Ja. Men extremt sällan aktuellt. Etablerat samarbete finns med Region Värmland för gemensam operation inom Regionen alternativt remittering till UAS.		

Prio 1-3:

(1 har högst prioritet utifrån arbetsgruppens bedömning relaterat till Socialstyrelsens rekommendation)

Resursbehov:

A - klarar inom ramen för befintlig verksamhet
B - större resursförändring



Föreslagna åtgärder	*Prio 1-3	**Resurs- behov A/B
- Behövs tydlighet kring vem som ska utredas och hur. - Kompetenshöjande insatser. - Mandat och resurser från ledningen att göra utredning. - Möjlighet att ta fram statistik för patgruppen. - Kolla max vikt på vågar på alla vårdcentraler. - Se över om vikt bör ingå i labb beställning för flera diagnoser/misstanke om obesitas.	1	A/B
Tydliggöra rutiner för vägning (olika förutsättningar för olika professioner samt olika förutsättningar vid olika typer av besök). Kolla max vikt på vågar.	2 anser gruppen. 1 anser Nat riktlinje	B
-Kompetenshöjande åtgärder. -Ta fram tydliga riktlinjer när obesitas identifieras. - Kolla max vikt på vågar i verksamheterna.	1	B



Objektiva mått ska samlas in enligt fast rutin och riktad i vissa patientgrupper, dvs börja väga och mäta på labb	1	A
- Förtydliga rutiner ang rullstolsvågen. - Tillgång till våg som klarar > 220 kg. - Skapa möjlighet för vikttagning på sjukhus laboratorium.	1	A
Ta fram en tydlig riktlinjer vad som ska göras om obesitas identifieras.	1	A
- Kompetenshöjande åtgärder. - Ta fram tydliga riktlinjer när obesitas identifieras. - Kolla max vikt på vågar i verksamheterna.	3	B
- Ökad tydlighet kring vem som ska utredas, bedömas och erbjudas vilken behandling. Förtydliga remissvägar. - Utöka behandlingsmöjligheter. - Organisation för att ta hand om patientgruppen, krävs ökade resurser för jämlik handläggning. - Kompetenshöjande insatser behövs. - Behövs mandat från ledningen kring implementering och reurssättning. - Möjlighet att ta fram statistik för patientgruppen på primärvårdsnivå.	1	B
- Skapa struktur för omhändertagande och vidareremittering. - Kompetenshöjning.	3	A
- Skapa struktur för omhändertagande och vidareremittering. (Krävs att remiss tas emot på annan enhet/klinik därefter) - Kompetenshöjning.	1	B
- Skapa struktur för omhändertagande och vidareremittering. (Krävs att remiss tas emot på annan enhet därefter) - Kompetenshöjning.	2	A
- Erbjud bredare behandlingsmöjlighet och därmed kunna ta emot flera för bedömning och behandling. - Ökade resurser till MM5 behövs för att kunna ta emot fler patienter och ha färre exklusionskriterier. - Etablera standard samverkan med endokrinolog.	1	B
- Skapa struktur för omhändertagande och vidareremittering. (Krävs att remiss tas emot på annan enhet/klinik därefter) - Kompetenshöjning.	2	B



- Skapa struktur för omhändertagande och vidareremittering. (Krävs att remiss tas emot pat på annan enhet/klinik därefter) - Kompetenshöjning.	3	A
- Mandat från ledningen. PV har huvudansvaret. - Ökade resurser. - Kompetenshöjande åtgärder. - Struktur för uppföljning behövs samt beslut om hur/av vem det ska göras och med vilken frekvens.	1	B
Vb vara behjälpliga med att ta vikter som uppföljning, men har ej huvudansvar för själva uppföljningen av behandling.	3	B
Vb vara behjälpliga med att ta vikter som uppföljning, men har ej huvudansvar för själva uppföljningen av behandling.	3	B
Vb vara behjälpliga med att ta vikter som uppföljning, men har ej huvudansvar för själva uppföljningen av behandling.	3	A
Tydliggöra hur länge pat ska följas upp och vem som tar över uppföljningsansvaret om det behövs "livslång" uppföljning.	1	B
Finns bra riktlinjer för uppföljning post-operativt t o m 2 år post-op. Tydliggöra hur pat ska följas upp därefter och vem som tar över uppföljningsansvaret (vården eller pat).	2	B
Vb vara behjälpliga med att ta vikter som uppföljning, men har ej huvudansvar för själva uppföljningen av behandling.	3	B
- Öka tydlighet kring vem som ska utredas, bedömas och erbjudas vilken behandling - Att VC har egen team eller namngett person som inriktat sig på obesitas, liknande diabetes SSK. - Förtydliga remissvägar. - Utöka behandlingsmöjligheter. - Krävs ökade resurser för jämlik handläggning. - Kompetenshöjande insatser behövs. - Mandat från ledningen kring implementering	1	B
Öka kompetens att första effekt av obesitas på funktionsnivå och hur att reagera i så fall. Att behandla obesitas ligger utanför habiliteringens.	1	A
- Skapa behandlingsmöjligheter för pat med obesitas inom psykiatri som nu ofta inte kan ta del av befintliga behandlingar. Inte sagt att det ska vara inom psykiatri. - Öka kompetens.	1	B



Öka kompetens, förtydliga remissvägar.	1	A
- Öka tydlighet kring vem som ska utredas, bedömas och erbjudas vilken behandling. Arbete pågår med nationella medicinska riktlinjer. - Förtydliga remissvägar i RÖL. - Utöka behandlingsmöjligheter. - Ökade resurser för jämlik handläggning. - Mandat från ledningen för implementering och arbete med stöd ute hos verksamheter.	1	B
- Öka tydlighet kring vem som ska utredas, bedömas och erbjudas vilken behandling. Arbete pågår med nationella medicinska riktlinjer.	1	A
- Förtydliga remissvägar i RÖL.	2	A
Prioritera kompetensutveckling inom obesitasområdet. Obligatorisk del i yrkesutbildningar? Till all personal (såsom HBTQI utbildning)? Skräddarsydda utbildningar till olika verksamhetsområde. Av MM5?	1	A
Det skulle vara önskvärt med riktad digital utbildningsinsats till personal som är tillgänglig via Ping Pong.	2	A
Som ovan.	2	A
Ta fram kompetensutvecklingsplaner.	1	A



Kartlägga behov av behov av kunskapsökning till den som inte arbetar aktivt inom obesitaskirurgi och erbjuda där det behövs.	2	A
Som för vuxenhabiliteringen.	2	A
- Enkla kontaktvägar och strukturerat samarbete för konsultation mellan olika kliniker. - Använda SIP mer? - Öka kompetens där det behövs (t ex bemötande av pat med särskilda diagnoser)	1	B
Behandling för obesitas ligger utanför habiliteringens uppdrag, däremot är stöd i hälsosamma levnadsvanor en del av det som ska erbjudas.	1	B
- Kompetenshöjande åtgärder - Ökade resurser	1	B
Ökade resurser och ökad kompetens behövs om anpassade behandlingsmöjligheter ska erbjudas.	2 1 enligt Nat riktl.	B
- Ökade resurser och kompetens.	2 1 enligt Nat riktl.	B
- SIP-a mer för patientgruppen. Omvårdnadspersonal kan vara en tillgång vid levnadsvanebehandling.	2	A



- vuxenflöde

[illegible]



- Öka tillgänglighet till kombinerad levnadsvanebehandling. Se under avsnittet "Kompetensutveckling".	1	B
- Öka kompetens om läkemedelsalternativ som stöd vid viktninskning. - Skapa informationsblad om behandling med Orlistat (och ovan nämnda aptitreglerande LM) att ge patient i handen.	1	A
Etablera tydlighet i regionen om och i så fall vilka skulle kunna ta del av undantagsregler för att få aptitreglerande läkemedel. - Skapa informationsblad om behandling med Orlistat (och ovan nämnda aptitreglerande LM) att ge patient i handen.	1	A
	1	A
En ökad efterfrågan som motsvarar Socialstyrelsens förväntning kräver: - 1 operationssal till/vecka. - större dietisttillgång - 1 till sjuksköterska på kirurgmottagningen - tillgång till psykologkompetens	1	B



En ökad efterfrågan som motsvarar Socialstyrelsens förväntning kräver: - 1 operationssal till/vecka. - större dietisttillgång - 1 till sjuksköterska på kirurgmottagningen - tillgång till psykologkompetens	1	B
	2	A
	2	A
Inga. Etablerat samarbete finns för att kunna utföra operationen inom RÖL. Vi ser dock en väldigt snäv indikation och hyser tveksamheter kring operationen varför behovet sannolikt kan förväntas understiga en operation/år.	2	A



DELTAGARLISTA

Datum: 230822

Deltagare	Profession/funktion	Verksamhet/enhet
Ordförande: Marije Galavazi	Överläkare	Medicinmottagning 5 (Överviktsenheten)
Metodstöd: Louise Andersson	Verksamhetsutvecklare	Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd, HS
Jenny Bergenmalm	Specialistläkare	Barn- och ungdomsmedicin gemensam USÖ
Annelie Lyttbacka	Enhetschef (tf verksamhetschef)	Barn- och ungdomsmedicin gemensam USÖ
Mattias Malmberg	Sjukgymnast	Medicinmottagning 5 (Överviktsenheten)
John Ryberg	Överläkare	Förstärkt barnhälsovård
Linda Arvidsson	Psykolog	Barnhälsovården/medicinmottagning 5 (Överviktsenheten)
Erik Stenberg	Överläkare	Kirurgiska övre gastrosektionen/Läkemedelskommittén
Anna Gustafsson	Läkare	Capio Lekeberg
Annika Imhagen	Distriktsköterska/doktorand	Brickebackens vårdcentral
Åsa Borulf Berséus	Överläkare	Elevehälsan/Förstärkt barnhälsovård nära vård
Christian Pavel	ST-läkare	Barn- och ungdomspsykiatri
Marika Burman	Kurator	Vuxen psykiatri. Psykosvårdens öppenvårdsmottagning 1, Karlahuset
Moa Rosengren	Medicinskt ansvarig rehabiliterare	Degefors kommun
Maria Zennertun	Specialispedagog	Vuxenhabiliteringen
Kontaktperson: Anneli Lyttbacka		Barn- och ungdomshabiliteringen