

Återrapportering RMKS

Slutrapport LAG Obesitas, vuxna

Innehållsförteckning

1 - Introduktion och bakgrund.....	3
1.1 Obesitas.....	3
1.2 Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.....	4
2 - Uppdrag.....	5
3 - Metod - Personcentrerad processkartläggning.....	5
4 - Förslag på organisationsstruktur under hela vårdkedjan, obesitas vuxna...	6
4.1 Vårdprocess för vuxna med obesitas.....	6
4.1.1 Vårdsnivå 1.....	7
4.1.2 Vårdsnivå 2.....	7
4.1.3 Vårdsnivå 3.....	9
4.2 Uppföljning	10
4.3 Vårdövergångar.....	10
4.4 Utveckling av arbetssätt.....	11
5 - Förslag på struktur och innehåll av kompetenshöjande insatser kring obesitas, utifrån vårdnivå	11
6 - Diskussion.....	13
7 - Förslag på fortsatt uppdrag.....	14
8 - Referenser.....	15

1. Introduktion och bakgrund

Folkhälsomyndigheten använder fortfarande begreppet fetma och skriver följande: "Övervikt och fetma innebär en ökad risk att drabbas av ohälsa och är en av de främsta orsakerna till sjukdomsburden och förtida död i Sverige. Enligt Global burden of disease (GBD) är högt BMI den femte största orsaken till död i Sverige 2021, 61 per 100 000 dör årligen. Samhällskostnaderna för fetma bland vuxna i Sverige beräknas till 125 miljarder per år och merkostnaden för barns övervikt och fetma räknas också till flera miljarder." [Övervikt och fetma — Folkhälsomyndigheten](#)

Hälso- och sjukvården måste, om nationella riktlinjer och vårdprogram ska implementeras, satsa mer på vård vid obesitas.

1.1 Obesitas

Obesitas (fetma) är en kronisk sjukdom som uppstår när fettvävnaden i kroppen påverkar hälsan negativt (WHO). Hur hälsan påverkas beror på hur mycket och var i kroppen som fettvävnaden finns och dess funktion oberoende av BMI. På gruppnivå används BMI för att definiera övervikt ($\text{BMI} \geq 25$ – $29,9 \text{ kg/m}^2$) och obesitas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). BMI är ett starkt mått för risk för ohälsa på gruppnivå, samtidigt som det är inte är ett avgörande mått för ohälsa på individnivå varför en helhetsbedömning är viktig.

Andelen personer i Sverige med obesitas har tredubblats sedan 1980-talet med en aktuell prevalens på cirka 17 % hos den vuxna befolkningen ([Statistik om övervikt och fetma — Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)). Obesitas ökar i alla åldrar och det finns inga tecken på att utvecklingen håller på att avstanna. Enligt Nationella folkhälsoenkäten och Statistiska centralbyrån, ligger andelen personer med obesitas i Region Örebro län (RÖL) något över riksgenomsnittet, på 19,4 %. Det innebär att cirka 60 000 personer i Örebro län uppskattas leva med sjukdomen ([Övervikt och fetma — Folkhälsomyndigheten\(folkalsomyndigheten.se\)](#)).

Orsaken till sjukdomen är multifaktoriell med interaktion mellan metabola, genetiska, miljö och beteendemässiga faktorer och kräver ofta livslång behandling och uppföljning. Obesitas ökar risken för bland annat typ 2diabetes, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, höga blodfetter, fettlever, gallsten, sömnapné, psykisk ohälsa, artros, gikt och cancer ([Fetma - 1177 för vårdpersonal](#)). Påverkan av stigmatisering är ofta också betydande och de psykiska konsekvenserna av obesitas kan vara minst lika allvarliga som de metabola och mekaniska.

2023 gjordes ett försök att kartlägga antal individer med obesitas och besök i primärvården i RÖL, i samarbete mellan LAG obesitas och produktionsenheten. Det visade sig dock att det inte var möjligt att få fram pålitliga data. Första utmaningen var att det inte fanns tekniska förutsättningar att kartlägga antal diagnoser på ett överskådligt sätt för alla vårdgivare inom primärvården i regionen. Stickprov visade att diagnosen obesitas (E66) och/eller genomgått obesitaskirurgi (Z98.0: gastric

2. Uppdrag

Under 2023 genomfördes en gapanalys med åtgärdsförslag relaterat till de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas, som presenterades för Rådet för medicinskt kunskapsstöd (RMKS) 23 november 2023. LAG Obesitas fick då ett fortsatt uppdrag att under 2024:

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.

3. Metod - Personcentrerad processkartläggning

Inom ramen för uppdraget genomfördes under våren 2024 en personcentrerad processkartläggning (PCP) ([Personcentrerad processkartläggning \(orebroll.se\)](https://orebroll.se)) för barn- respektive vuxenflödet. Metoden används för att kartlägga en vårdprocess, där mottagaren är i centrum. De övergripande stegen i vårdprocessen är:

- förebyggande
- behov uppstår/kontakt
- utredning
- beslut om åtgärd/behandling
- genomföra åtgärd/behandling
- uppföljning.

Efter att de som påverkar/påverkas av processen har identifierats, görs en kartläggning av behov. Därmed skapas förutsättningar för att utveckla och designa vårdprocesser som möter de identifierade behoven. Kartläggningen görs utifrån fyra behovsområden i varje processteg:

- Vad är viktigt för patienten och dess närstående utifrån sina behov?
- Vad och hur gör vi för att tillmötesgå dessa behov?
- Vad säger riktlinjer/erfarenheter/evidens om vad som skulle behöva göras?
- Vad och på vilket sätt ges information till patient och dess närstående?

Det förebyggande steget innefattas i processkartläggningen, även om detta ligger utanför arbetsgruppens uppdrag relaterat till de nationella riktlinjerna.

Arbetsgruppen har dock valt att ha kvar denna nivå i förslaget till organisationsstruktur, eftersom obesitas är en kronisk sjukdom och som är angelägen att förebygga. I processkartläggningen tydliggjordes behovet av en bättre organisationsstruktur för vuxna med obesitas i hela vårdkedjan. Kartläggningen beskriver vilka verksamheter inom hälso- och sjukvården som bör vara ansvariga för det innehåll som bedömts som nödvändigt, vilken kompetens respektive verksamhet behöver relaterat till innehåll och var i processen patienten befinner sig.

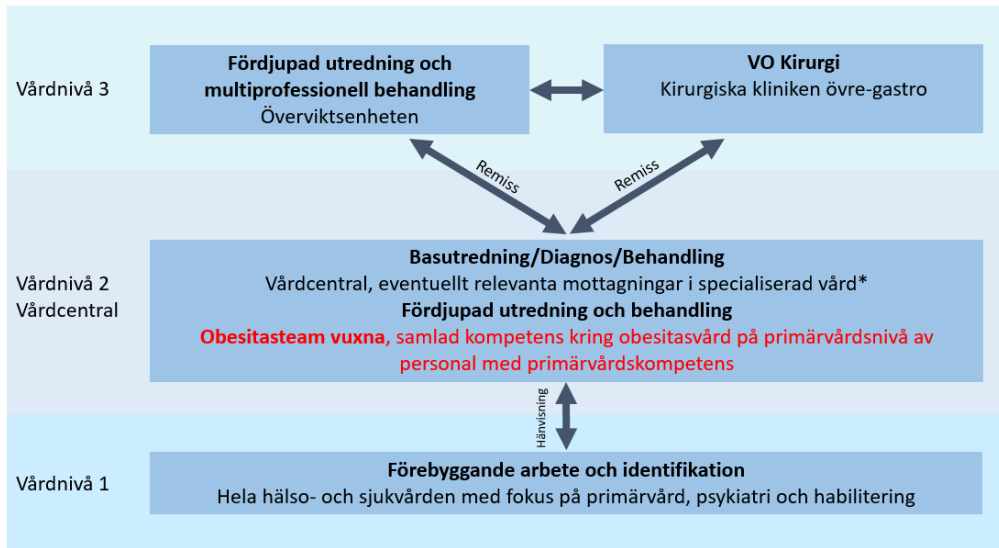
4. Förslag på organisationsstruktur under hela vårdkedjan, obesitas vuxna

Vårdbehovet vid obesitas varierar över tid beroende på sjukdomens svårighetsgrad och utifrån den enskilda individens behov av stöd. Det behövs en väldefinierad organisation för att tydliggöra vart man kan vända sig på olika nivåer. En tydlig samverkan krävs för ett strukturerat omhändertagande och informationsöverföring mellan olika vårdnivåer och organisationer. Senaste åren har det funnits stora utmaningar inom vården avseende resurser för att erbjuda vård vid obesitas. Det har resulterat i ojämlikhet i vilken vård som erbjuds hos olika enheter. Nedan följer förslag på vårdnivåer för att förbättra organisationsstrukturen.

4.1 Vårdprocess för vuxna med obesitas

Förslag på framtida vårdprocess visas i figur 1. Tre vårdnivåer har identifierats, med remissförfarande till och mellan vårdnivåerna 2 och 3. Krav på genomförd basutredning vid obesitas enligt regionala riktlinjer om vård vid obesitas bör finnas oavsett var remissen kommer ifrån. Patient har även möjlighet att skriva egenvårdsremiss till varje vårdnivå.

Förslaget liknar nuvarande process, det som skiljer sig är framför allt att "Obesitasteam vuxna" (se nedan) tillförs i primärvårdens områden, samt att samverkanstrukturen har tydliggjorts.



Figur 1. Förslag på framtida vårdprocess i Region Örebro län. Det rödmarkerade finns inte idag. Med remiss menas både remiss mellan vårdgivare samt egenvårdsremiss.

*Det finns mottagningar inom specialiserad vård som genomför basutredning, t ex Fertilitetsenhet.

Obesitasteam vuxna upprättas som en förstärkning på primärvårdsnivå. Det handlar om att skapa en tydlig struktur kring omhändertagande av personer med obesitas av personal med primärvårdskompetens (liknande vårdprocesser vid knäartros, typ 2

diabetes och KOL). Vården ska inte vara beroende av enstaka nyckelpersoner inom 1 verksamhet som innebär en stor skörhet men däremot kunna bäras av flera. För att både gardera resurser med kompetens kring obesitas och kontinuitet kan det med fördel handla om ett samarbete mellan flera vårdcentraler. Därför föreslås fem Obesitasteam vuxna, kopplad till respektive verksamhetsområde inom nära vård. Förslaget är att dessa team är multiprofessionellt sammansatta samt i både personal och lokaler speglar ett samarbete mellan de olika vårdcentralerna som tillhör verksamhetsområdet. Utredning och behandling som erbjuds gäller grundläggande insatser och beskrivs under vårdnivå 2 i §4.1.2. Enligt kommande Kliniskt kunskapsstöd obesitas ska grundläggande insatser erbjudas inom primärvården och ingår i ett team oftast läkare, fysioterapeut, sjuksköterska och dietist ([Obesitas | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)). Kompetensbehov av personal beskrivs under rubrik 6. I framtiden kan dessa team med fördel kopplas till de planerade Levnadsvanemottagningarna.

4.1.1 Vårdnivå 1 (hela hälso- och sjukvården)

På vårdnivå 1 erbjuds förebyggande insatser och identifikation av risk för obesitas inom hela hälso- och sjukvården. Förebyggande insatser kan exempelvis behövas när snabb viktuppgång noteras och patienten önskar hjälp, vid insättning av psykofarmaka, långvarig kortisonbehandling eller plötslig nedsatt funktionsnivå.

Målgrupp: alla personer där vårdpersonal eller personen själv är orolig över hälsan kopplad till vikt/viktutvecklingen (indirekt fettväven) alternativt där behandling används som kan påverka aptit.

Vård erbjuds av: all hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt. Störst fokus mot primärvård, psykiatri och habilitering.

På vårdnivå 1 erbjuds i lämpliga fall vikt- och längdkontroll vid besök och det ska kunna följas hos patienter som har risk för viktökning till följd av sjukdomen eller behandling av sjukdom. Identifiering och stöd vid ohälsosamma levnadsvanor utförs på denna nivå. Vid misstanke om, eller konstaterad obesitas, ska det informeras om kontaktvägar för utredning och behandlingsmöjligheter.

4.1.2 Vårdnivå 2 (Vårdcentral och relevanta mottagningar)

På vårdnivå 2 erbjuds så kallad basutredning vid misstänkt obesitas, fördjupad utredning, diagnos och behandling. Enligt Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid obesitas är tidig diagnos viktigt. I kliniskt kunskapsstöd (KKS) obesitas (ute på remiss: [Obesitas | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)) beskrivs att primärvården utgör den primära vårdnivån för utredning och behandling av obesitas.

Obesitasteam vuxna ska organisatorisk tillhöra primärvården. De ska kunna genomföra anamnes, undersökningar och initiera vidare utredning kopplade till basutredningen (bl.a. blodprov, blodtryck, status vid behov). I fall det framkommer annan samsjuklighet (t ex nyupptäckt hypertoni eller sömnapné) ska patienten

hänvisas eller remitteras till lämplig enhet för vidare handläggning. Förslagsvis kan det på varje vårdcentral utses en "obesitas ansvarig sjuksköterska" som har uppdrag att ha särskild kompetensförsörjning och ansvar inom området, i likhet med en diabetes- eller KOL-ansvarig sjuksköterska.

Relevanta mottagningar i specialiserad vård kan med fördel också genomföra basutredning vid obesitas, särskild de som träffar patientgrupper med anledning av obesitasrelaterad samsjuklighet (bl.a. polycystiskt ovarialsyndrom, infertilitet, sömnapné) eller där personer med hög risk att drabbas av obesitas behandlas av annan anledning (t ex habilitering och psykiatri). Efter basutredningen ska det tillsammans med patienten beslutas om vårdbehov, vidare utredning och behandling.

Basutredning vid obesitas: Utredningen beskrivs i gällande [regionens riktlinjer](#) för vuxna med obesitas. Den består av anamnes inklusive eventuell sömnapné och psykosociala faktorer, (riskfaktorer till) samsjuklighet, blodtryckskontroll och blodprov för metabol utredning.

Målgrupp basutredning*: Alla personer där vårdpersonal eller personen själv är orolig över hälsan kopplad till viktutvecklingen, alternativ där behandling används som kan påverka aptit. Basutredning erbjuds med låg tröskel och bred indikation till personer med BMI ≥ 27 kg/m² med (misstänkt) obesitas relaterad samsjuklighet eller BMI ≥ 30 kg/m².

Diagnossättning: När patienten bedöms ha obesitas, ska diagnoskod för kronisk sjukdom sättas (E66). Diagnoskod Z98.0: gastric bypass eller Z98.8: gastric sleeve sätts vid genomgången obesitaskirurgi.

Behandling och vid behov fördjupad utredning erbjuds till personer med BMI från 27 kg/m² och annat obesitasrelaterad följdillstånd eller BMI över 35 kg/m² (gränsvärden enligt remissversion kliniskt kunskapsstöd Obesitas).

Behandling erbjuds i första hand av Obesitasteam vuxna när det gäller kombinerad levnadsvanebehandling. Patienten kan även erbjudas huvudsaklig eller kompletterande behandling på vårdcentralen, psykiatri och vuxenhabiliteringen om det anses lämpligare av berörda enheter (vid behov med stöd av Obesitasteam vuxna eller Överviktsenheten).

Behandlingsalternativ på vårdnivå 2:

- **Kombinerad levnadsvanebehandling** erbjuds via Obesitasteam vuxna, exempelvis som gruppbehandling (Steg-för-Steg, 6 träffar) och/eller individuella vårdkontakter (5–6 första året, 2 andra året) enligt det upplägg som återfinns i kliniskt kunskapsstöd obesitas.
Riktade stödinsatser gentemot specifika patientgrupper kan erbjudas via vårdcentraler, psykiatri och vuxenhabiliteringen, vid behov i samverkan med Obesitasteam vuxna.

*Exakt beskrivning av patientgruppen behöver diskuteras vidare med alla berörda instanser och i enlighet med kommande nationellt vårdprogram/kliniskt kunskapsstöd obesitas hos vuxna (förväntat våren 2025).

- **Läkemedelsbehandling** vid obesitas som tillägg till kombinerad levnadsvanebehandling. Personal på Obesitasteam vuxna ska ha kunskap hur levnadsvanor kan påverkas och hur levnadsvanor kan påverka läkemedelsbehandling.
- **Remiss för ställningstagande till obesitaskirurgi**

4.1.3 Vårdnivå 3 (Överviktsenheten, VO Medicin, USÖ samt VO Kirurgi)

På vårdnivå 3 erbjuds fördjupad utredning och intensiv och/eller specifik behandling.

Målgrupp kirurgi: Personer med BMI ≥ 35 kg/m² eller BMI > 30 kg/m² och signifikant metabol samsjuklighet (dvs prediabetes, typ 2 diabetes och svårbehandlad hypertoni). Basutredning vid obesitas skall vara genomförd.

Målgrupp Överviktsenheten*: Personer med BMI ≥ 35 kg/m² eller BMI > 30 kg/m² och signifikant metabol samsjuklighet där man på vårdnivå 2 anser att mer intensiv utredning och/eller specifik handläggning eller behandling behövs (enligt remissversion KKS Obesitas). Basutredning vid obesitas skall vara genomförd. Överviktsenheten har en konsulterande och aktivt stödjande roll i mer komplexa patientärenden, särskild där flera vårdgivare kan vara inblandade. Det kan vara kroppslig komplex samsjuklighet men också personer i behov av särskilt stöd där regional och/eller kommunal personal behöver stödinsatser för att i sin tur ta hand om patienten på bästa sätt (t ex LSS-boende). Personer i behov av särskilt stöd är högst prioriterat i Nationala riktlinjer för vård vid obesitas.

Diagnossättning: När patienten bedöms ha obesitas, ska diagnoskod för kronisk sjukdom sättas (E66). Diagnoskod Z98.0: gastric bypass eller Z98.8: gastric sleeve sätts vid genomgången obesitaskirurgi.

Behandling och vid behov fördjupad utredning erbjuds till personer med BMI från 30 kg/m² och annat obesitasrelaterat följdtillstånd eller BMI över 35 kg/m² (enligt remissversion kliniskt kunskapsstöd Obesitas) som inte uppnått effekt av eller kan ta del av behandling via Obesitasteam vuxna.

Behandlingsalternativ på vårdnivå 3:

- **Kombinerad levnadsvanebehandling i grupp**, mer intensivt stöd om behandling av Obesitasteam vuxna inte gett effekt eller anses olämplig
- **Multiprofessionellt stöd:** dietist, fysioterapeut, läkare, psykolog och sjuksköterska
- **Pulverdiet**, som tillägg i gruppbehandling på Överviktsenheten, vid speciella omständigheter eller i individuell behandling i Obesitasteam vuxna eller via Kirurgiska kliniken inför obesitaskirurgi
- **Läkemedel**, som komplement till kombinerad levnadsvanebehandling
- **Obesitaskirurgi**

*Exakt beskrivning av patientgruppen behöver diskuteras vidare med alla berörda instanser och i enlighet med kommande nationellt vårdprogram/kliniskt kunskapsstöd obesitas hos vuxna (förväntat våren 2025).

4.2 Uppföljning

Obesitas är en kronisk sjukdom och det är därmed viktigt att planera för långtidsuppföljning. Uppföljningen sker i första hand där patienten i huvudsak behandlas, som oftast innebär uppföljning på vårdnivå 2. Efter avslutad behandling följs patienten upp utifrån individuella behov. Uppföljningsfrekvensen är beroende av flera faktorer, bland annat av vilken behandling patienten har fått, sjukdomens svårighetsgrad och samsjuklighet. Uppföljningen ska oftast innebära anamnes kring måendet, levnadsvanor samt kontroll av vikt, BMI och beroende på samsjuklighet blodprov.

Efter obesitaskirurgi följs alla individer enligt rutin första två åren vid VO Kirurgi och därefter årligen inom primärvården. Vad som ingår i den årliga uppföljningen efter obesitaskirurgi beskrivs utförlig i dokumentet "Information till hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienter efter obesitaskirurgi" ([240122-gula-haftet-rev.pdf \(orebroll.se\)](#)).

OBS: sjukhuslaboratorier tar i dagsläget inte vikt och längd.

Registrering i nationella kvalitetsregister sker av ansvarig enhet:

- SOReg (Scandinavian Obesity Surgery Registry) - för kirurgisk behandling. Denna registrering sköts av VO Kirurgi.
- Uppföljningsverktyg, (medicinska obesitasregistret) planeras, beslut är ej fattade.

4.3 Vårdövergångar

Vårdövergångar för vuxna

Vårdövergångar vid behov av behandling beskrivs i rubrik 5.1 och figur 1.

Vårdövergångar för vuxna efter behandling är beroende på behandlingsinsats och vårdnivå (figur 1). Om behandling skett på vårdnivå 2, Obesitasteam vuxna eller vårdnivå 3, remitteras patienten tillbaka till vårdcentralen efter bestämt tid (t ex 2 år efter obesitaskirurgi eller 1,5 års behandling via Överviktsenheten).

Vårdövergång från barn till vuxen

Övergång till annan behandlingsenhet vid vuxen ålder kräver särskilda överväganden. Den innebär en extra sårbarhet och risk för försämring i sin sjukdom.

Arbetsgruppen och befintliga vårdprogram anser att särskild överföringsmottagning kan behövas (gemensamt besök där representanter från både det tidigare och det kommande behandlingsteamet träffar patienten tillsammans), speciellt för ungdomar som utöver obesitas har andra funktionsnedsättningar. Mer utförlig beskrivning finns i "Slutrapport LAG obesitas – Barn och ungdomar".

4.4 Utveckling av arbetssätt

Nedanstående förbättringsutrymmen har identifierats:

- På samtliga vårdnivåer behöver digitala arbetssätt utvecklas för att möta olika behov, både för behandling samt för samarbete mellan vårdgivare.
- Struktur och kompetens för att skriva behandlingsplan.
- Tydliggöra att samarbete mellan alla inblandade personer i patientärendet med fördel kan användas tidigt i vårdprocessen. Vid behov Samordnad individuell planering (SIP)
- Struktur för hänvisning till information om sjukdomen och stöd i egenvård på 1177.se för invånare. Ställningstagande om behov av lokalt tillägg för Örebro län om kontaktvägar.
- Arbeta vidare med att ta fram lättillgänglig information om vårdprocessen i regionen, innehåll och möjlighet till kompetensutveckling för vårdgivare på vårdgivarwebben eller motsvarande.

5. Förslag på struktur och innehåll av kompetenshöjande insatser kring obesitas, utifrån vårdnivå

Kompetensbehov beskrivs per vårdnivå. Personal på vårdnivå 2 och 3 ska ha kompetens som beskrivs för den nivån samt för lägre nivåer. På varje vårdnivå anges rekommenderade befintliga utbildningar.

Kompetensbehov vårdnivå 1:

All hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt bör ha kunskap om:

- ett personcentrerat bemötande
- obesitas som sjukdom
- regionens struktur för obesitas, hänvisning och information (broschyrer, 1177 för invånare samt för vårdpersonal, patientorganisationens material).
- grundläggande kunskaper om levnadsvanor enligt Socialstyrelsens riktlinjer Vård vid ohälsosamma levnadsvanor och skillnaden jämfört med vård vid obesitas
- samtalsmetodik för att stimulera motivation, exempelvis Motivational Interviewing (MI)

Rekommenderade utbildningar vårdnivå 1:

- *Socialstyrelsens webbutbildning Obesitas – bemötande och behandling*. En basutbildning som syftar till att ge kunskap om sjukdomen och dess orsaker, behandlingsalternativ samt bemötande vid obesitas. Ca 40 minuter.
[Socialstyrelsen utbildning](#)

- *Riktade föreläsningar och utbildningar om obesitas* har skapats, och kan skapas, av Överviktsenheten riktat mot särskild verksamhet både inom regional och kommunal hälso- och sjukvård och kommun.
- *Regionens utbildningar om levnadsvanor* (matvanor, fysisk aktivitet, alkohol och tobak/nikotin): Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (orebroll.se)
- *Socialstyrelsens webbutbildning Samtal och råd om bra matvanor*. Ca 75 minuter. [Samtal och råd om bra matvanor - Socialstyrelsen utbildning](#)
- *Utbildning i Motiverande samtal*, i regionens regi. [Motiverande samtal - utbildning \(orebroll.se\)](#)

Kompetens vårdnivå 2:

Personal som utreder misstänkt obesitas bör förutom det som innefattas på vårdnivå 1, även ha kunskap om:

- hur man samtalar och reflekterar kring övervikt/obesitas med fokus på patientens välmående och behov
- utredning vid obesitas enligt Region Örebro läns riktlinjer
- obesitasutveckling och bakomliggande orsaker
- konsekvenser av sjukdomen (metabola, mekaniska och mentala)
- behandlingsalternativ och dess förväntade effekter
- kartläggning av individens förutsättningar att ta del av olika behandlingar

Personal som utför utvidgad utredning och behandling (Obesitasteam vuxna) bör förutom detta även ha kunskap om:

- behandlingsalternativ (kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling och obesitaskirurgi) samt hur de kan tillämpas och utvärderas
- utredning med bland annat fokus på psykosocialt mående
- när en individ behöver tillägg/samverkan med en mer specialiserad behandlingsinsats (till exempel vid funktionsnedsättning).

Rekommenderade utbildningar vårdnivå 2:

- *Basutbildning Obesitas*, Överviktsenheten. En halvdag med en introduktion till området obesitas. (Vårdnivå 2)
- *Behandlingsutbildning Obesitas*, Överviktsenheten. En halvdag med fördjupning i sjukdomen obesitas. (Vårdnivå 2 – Obesitasteam vuxna)
- *Gruppledarutbildning i "Steg för steg-modellen"*, halvdag. (Vårdnivå 2 – Obesitasteam vuxna)
- *Riktade utbildningar om obesitas* har skapats och kan skapas av Överviktsenheten riktat mot särskild verksamhet.

- *Digitala nätverksträffar* för diskussion av patientfall och metodstöd i utredning och behandling enligt [regionens riktlinjer](#).
- *Behandling av obesitas hos vuxna – Centrum för obesitas (tre dagar)*. Utbildningen är i första hand till för Region Stockholm men i mån av plats till anställda i hälso- och sjukvården i andra delar av Sverige. Tre utbildningsdagar på plats, Stockholm. Kostnader: 3000 kr per deltagare. [Utbildning: Behandling av obesitas hos vuxna \(tre dagar\) \(centrumobesitas.se\)](#)
- *Att prata om vikt*, skriftlig information från Centrum för Obesitas. [Viktigt men försiktigt - att prata om vikt \(centrumobesitas.se\)](#)
- *Fysisk aktivitet vid övervikt och obesitas*, av Ylva Trolle Lagerros, professor vid Centrum för obesitas. Film på 9 minuter. [2023 Fyss YTL 3 - KI PLAY](#)

Kompetens vårdnivå 3:

Personal som utför utvidgad utredning och behandling bör förutom det som innefattas på vårdnivå 1 och 2, även ha kunskap om;

- kunskap och behandling med pulverdiet
- specifik kompetens där det behövs, till exempel inom till exempel kirurgi eller läkemedelsbehandling vid obesitas
- Vara så pass uppdaterad inom ämnet för att kunna agera som kunskapsstöd åt övriga verksamheter och kunna bedriva forskning

Rekommenderade utbildningar vårdnivå 3:

Specifik yrkeskompetens fås via yrkesutbildning självklart. Samtidigt finns det idag inga universitets- eller högskoleutbildningar i Sverige med inriktning mot vuxenobesitas. Nationellt finns viss tillgång till kompetensutveckling genom svensk förening för obesitasforskning. Internationellt anordnas möte och konferenser i ämnet.

6. Diskussion

Obesitas påverkar många personer och innebär ofta stort personligt lidande för individen, risk för följsjukdomar och konsekvenser för samhället i stort, inte minst ekonomiskt. Den ökande prevalensen har senaste decennier bidragit till ständigt ökad belastning av vården genom obesitasrelaterad samsjuklighet. Vården har inte råd att avstå från att arbeta strukturerat med utredning vid obesitas och vid behov erbjuda lämpliga behandlingsinsatser. LAG Obesitas har i och med den här rapporten arbetat fram förslag på ändrad organisationsstruktur med syftet att förtydliga, förbättra och förenkla för personer med obesitas i hela vårdkedjan samt gett förslag på struktur och innehåll för kompetenshöjande insatser.

Arbetsgruppen anser att givna förslag för ändrad organisationsstruktur, bland annat genom att skapa Obesitasteam vuxna, kommer att förtydliga vårdkedjan och underlätta för vårdpersonal, framför allt i primärvården. En ständig utmaning kring befintliga resurser finns i vården och inte minst i primärvården. Obesitasteam vuxna innebär ett ökat samarbete mellan vårdcentralerna genom att samla expertis och patienter och därmed kunna erbjuda bättre och samtidigt mer effektiv vård av god kvalitet.

7. Förslag på fortsatt uppdrag

Deltagarna i LAG Obesitas har upplevt arbetet med uppdraget från RMKS som mycket värdefullt och behövligt. Region Örebro län har med detta uppdrag skapat begynnande förutsättningar för att samarbeta kring obesitas över de osynliga murarna mellan olika vårdenheter. Arbetsgruppen önskar därför få ett bestående uppdrag att arbeta vidare med implementering och vidare förbättringsarbeten efter avslutat rapport.

Syftet är att arbeta vidare med implementering av föreslagna åtgärder och sträva efter förbättrad vård på alla nivåer. En konkret åtgärd är att implementera rekommendationer från det första nationella vårdprogrammet om obesitas som förväntas komma 2025. Ett annat exempel är, att en specificerad och realistisk planering behöver skapas för att öka kunskapen om obesitas. Ett tredje exempel är att det vid gapanalysen och den personcentrerade processkartläggningen har framkommit andra hinder i patientens resa genom vårdprocesser som inte enbart är kopplad till de två uppdrag som LAG obesitas har arbetat med i den här rapporten. Bland annat framkom brister i både omhändertagande och vårdriktlinjer angående obesitasrelaterade sjukdomar. Genom ett strukturerat arbete i upptäckta förbättringsutrymmen kan vårdkvaliteten för patienten ökas, även inom ramen för befintliga resurser.

8. Referenser

- Folkhälsomyndigheten [Övervikt och fetma — Folkhälsomyndigheten](#)
- Folkhälsomyndigheten [Statistik om övervikt och fetma — Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)
- [Folkhälsodata och FolkhälsoStudio — Folkhälsomyndigheten](#)
- [Fetma - 1177 för vårdpersonal](#)
- [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2023 \(socialstyrelsen.se\)](#)
- [Personcentrerad processkartläggning \(orebroll.se\)](#)
- Kliniskt kunskapsstöd Obesitas, Nationellt programområde för endokrina sjukdomar. NAG Obesitas. Remissversion, inför granskningsrunda 2 ([Obesitas | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#))
- Obesitas – vårdriktlinjer för vuxna ([regionens riktlinjer](#))
- Information till hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienter efter obesitaskirurgi ([240122-gula-haftet-rev.pdf \(orebroll.se\)](#))
- Riksförbundet Obesitas Sverige. Rapport om bemötandet av patienter med övervikt och obesitas inom svensk sjukvård 2024 Bemötanderapport 2024 (hobs.se)