

SLUTRAPPORT FRÅN ARBETET MED ATT FÖREBYGGA OCH BEHANDLA FETMA I VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING.

Sammanfattning

Under våren 2013 gjordes en översyn av nuläge vad gäller förebyggande och behandling av fetma i Västerbottens läns landsting. Arbetsmaterialet presenterades i september 2013 och lyfte fram ett antal punkter där det fanns problem i patientflöden i vårdkedjor eller samarbeten mellan vårdenheter (se bifogad pdf-fil Rapport om fetma_arbetsmaterial 130903). I mitten av oktober 2013 fick Bernt Lindahl i uppdrag av Ann-Christin Sundberg att gå vidare med de problemställningar som hade kommit upp i detta arbete.

Förslaget till fortsatt handläggning kunde delas in i problem som kunde lösas med administrativa beslut (5 punkter) och problem som behövde diskuteras vidare i arbetsgrupper med lämplig sammansättning för den aktuella frågeställningen (3 grupper). Angående åtgärdsstatus för de olika punkterna se tabell och schema över samarbeten nedan.

Ett antal åtgärder beskrivs på sidorna 5-7 under rubriken implementering, kontroll och framtidstankar. I sex punkter redovisas kontrollåtgärder som skall till för att de skarpa förslag till förbättring som kommit fram i denna översyn verkligen genomförs. I tillägg till detta diskuteras även primärvårdens framtida roll i behandlingsarbetet med fetma i VLL och en möjlig samordnande roll i detta behandlingsarbete för beteendemedicin.

Administrativa beslut:

Fyra av de fem frågeställningarna inom området administrativa beslut har genomförts (se tabell). Kvarstår att göra är att ta en diskussion med primärvårdsledningen om behovet av ett vårdpraxisdokument kring behandling av fetma. Det finns sedan maj 2014 ett vårdpraxisdokument om uppföljning efter obesitaskirurgi. Den vidgade remissrätten till beteendemedicin för VHU-sjuksköterskor och tillkomst av remissrätt för dietister som infördes i januari 2014 innebär ett ökat remissinflöde till beteendemedicin. Därigenom kommer en större andel patienter med metabola problem (bukfetma, störning i blodsocker och/eller blodfetter) att bli erbjudna intensiv livsstilsbehandling. Betydelsen av detta kan ses i ljuset av en nyligen publicerad systematisk översikt som visar att just denna patientgrupp har en trefaldigt ökad risk för hjärtkärlhändelser (ref. Kramer CK. Ann Intern Med 2013;159:758-769).

Arbetsgruppsdiskussioner:

Arbetsgruppen kring kirurgisk behandling av fetma har uppnått konsensus mellan kirurgkliniken, medicencentrum och primärvård kring hur uppföljningen skall ske för de patienter som genomgår fetmakirurgi. Vilka prover som skall tas och vid vilka tidpunkter som patienterna skall följas upp. För mer detaljerad information se mötesanteckningar bilaga 1.

Arbetsgruppen kring behandling av barn med fetma har föreslagit en teambaserad familjemodell för att på specialistnivå kunna arbeta med barn med fetma. Finansiering av den föreslagna familjemodellen, vilket innebär en utvidgning av barnklinikens nuvarande verksamhet mot barnfetma, har ej lösts. För att få igång familjemodellen måste ytterligare resurser tillskjutas! Primärvården hade gett klartecken till det nya vårdprogrammet om behandling av barn med övervikt och fetma. För mer detaljerad information se mötesanteckningar bilaga 2.

Arbetsgruppen kring behandling av unga vuxna med psykiska problem och grav fetma uppmärksammade svårigheten i att behandla sjukdomstillstånd som spänner över olika verksamhetsområden t.ex. kombinationen av psykiatri i form av självskadebeteende och åtstörning med somatik i form av grav fetma. I arbetsgruppen ingick företrädare för självskade-

och ätstörningsenheterna inom psykiatri och för ungdomshälsan samt beteendemedicin. I den komplexa behandlingssituationen kan det enskilda behandlingsteamet känna sig kompetensmässigt otillräckligt och därmed finns det en risk att patienten ”hamnar mellan stolarna”. Svårigheten i att veta hur man kan hjälpa patienten gör att man hänskjuter behandlingen till annan vårdgivare. Enda sättet att överbrygga denna känsla av otillräcklighet är att skapa samarbeten över verksamhetsområden. Arbetsgruppen kunde enas om att remisser på unga vuxna patienter med kombinationen av psykiska problem och grav fetma behöver sambedömmas. Den samlade bilden av problemen skall sedan ligga till grund för en individuell planering av behandlingsupplägget med upprättande av mål med inlagda uppföljningar och utvärderingar. Sambedömningen initieras av den av enheterna som fått den ursprungliga remissen genom att ta personlig kontakt med resurspersoner på övriga enheter enligt en aktuell lista på kontaktpersoner. Kontaktpersonerna behöver träffas årligen för att diskutera behov och erfarenheter av samarbetet. Beteendemedicin kan vara sammankallande till denna årliga samarbetsträff och till att hålla kontaktlistan uppdaterad. För mer detaljerad information se mötesanteckningar bilaga 3.

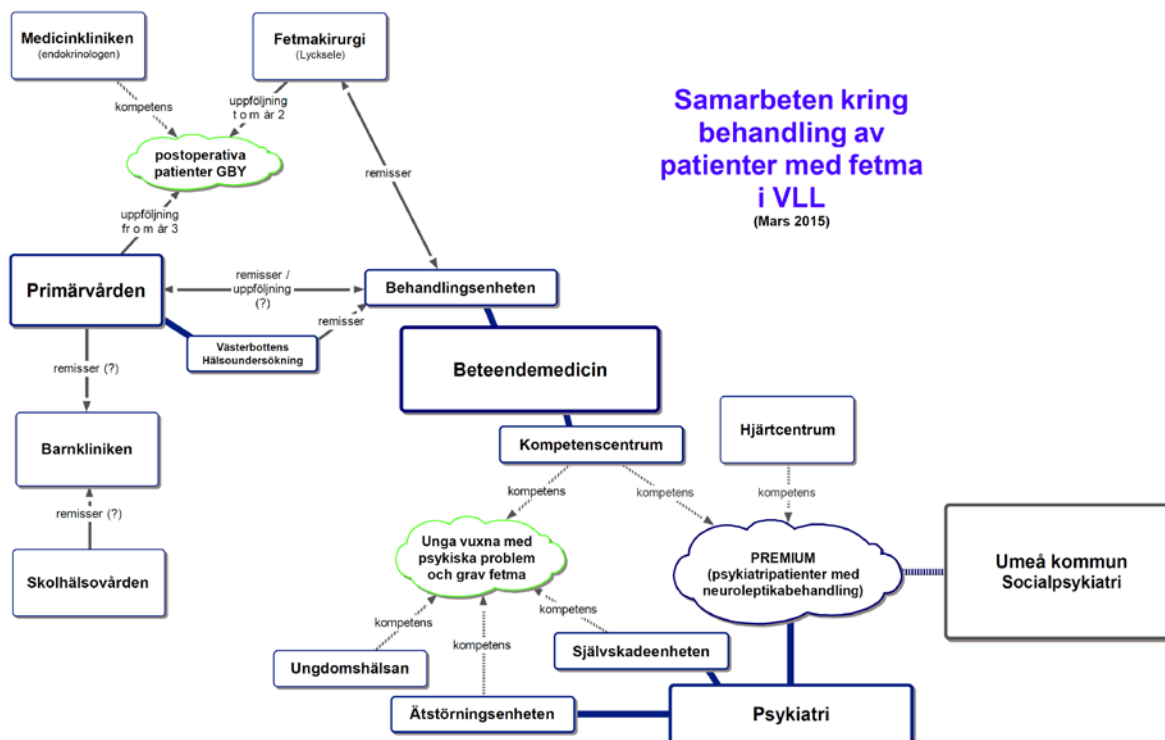
Tabell över åtgärd vid specificerad frågeställning

Åtgärd	Frågeställning
<p>Återstår att göra i dialog med primärvårdsledningen</p> <p>Genomfört</p> <p>Genomfört</p> <p>Genomfört</p>	<p>Administrativa beslut Ett antal frågor behöver inte genomgå någon fördjupad diskussion utan här handlar det mer om administrativa beslut och att därefter följa upp vad som händer. För att förbättra patientflödet mellan primärvård och beteendemedicin, dvs. snabba upp handläggningen av patienter med fetma och förstadier till diabetes (förhöjt fasteglukos/nedsatt glukostolerens och metabolt syndrom) men även patienter med enbart fetma (BMI\geq30) och/eller bukfetma:</p> <p>a) Information om behandling av fetma i VLL med bl.a. remissindikationer till beteendemedicin skall läggas under vårdpraxis på intranätet</p> <p>b) Införa remissrätt till beteendemedicin för primärvårdens dietister på samma indikationer som för läkarna (försöksperiod under 12 månader och med såväl kvalitativ som kvantitativ utvärdering av remissinflödet) (Bernt Lindahl, beteendemedicin)</p> <p>c) Vidgad remissrätt till beteendemedicin för VHU-sköterskor till att gälla alla personer med fetma (BMI\geq30) och/eller bukfetma (för män midja \geq 102 cm och för kvinnor midja \geq 88 cm) men fortfarande med hög prioritet för de som har förstadier till diabetes, dvs. samma indikation som för läkare.</p> <p>För att förbättra patientflödet mellan primärvård och kirurgkliniken:</p> <p>d) Information om uppföljning efter fetmakirurgi (kirurgkliniken i Lycksele) har lagts under vårdpraxis på intranätet.</p>

<p>Genomfört</p>	<p>För att förbättra flödet mellan primärvård och frivilligorganisationer (FaR-handläggning):</p> <p>e) Ta fram en katalog över samarbetspartners till primärvården i förskrivningen av FaR (Maria Falck, Folkhälsoenheten)</p> <p>Arbetsgrupper</p> <p>Vissa frågor behöver diskuteras mellan olika parter (kliniker) för att förbättra handläggning och patientflöde. Mest effektivt blir att skapa arbetsgrupper som kan handlägga hela aspekten av en eller flera specifika frågeställningar utan att gruppen blir alltför stor och svår att få ihop. Nedan presenteras förslag på tre grupperingar och de frågor som dessa skall hantera.</p>
<p>Genomfört Se bilaga 1, mötesanteckningar</p>	<p><i>Arbetsgrupp kring kirurgisk behandling av fetma</i></p> <p>Kirurgi: Lars Boman Medicin: Mats Ryberg Primärvård: Magnus Rydvall Beteendemedicin: Bernt Lindahl</p> <p>Frågor att diskutera: Samarbeten mellan de olika klinikerna vad gäller kirurgisk behandling av fetma.</p> <ol style="list-style-type: none"> Hur bör uppföljningen vara i VLL på patienter som genomgått fetmakirurgi? Hur stor är risken för bristtillstånd och hur skall detta handläggas? Samarbete mellan kirurgklinik och beteendemedicin på vissa patientgrupper?
<p>Genomfört Se bilaga 2, mötesanteckningar</p>	<p><i>Arbetsgrupp kring behandling av barn med fetma</i></p> <p>Barnkliniken: Torbjörn Lind, Sven-Arne Silfverdal och Per-Erik Sandström. Beteendemedicin: Bernt Lindahl</p> <p>Frågor att diskutera:</p> <ol style="list-style-type: none"> Förtydliga vårdprogrammet vad gäller handläggningen på specialistnivå då det gäller behandling av barn med fetma. Är det mot bakgrund av att det är svårt att hitta en effektiv behandlingsmodell försvarbart att inte ge behandling mot fetma på specialistnivå? Eller ingår det i specialistnivåns ansvar att utveckla en modell man tror på till att bli så effektiv som möjlig?

<p>Genomförd Se bilaga 3, mötesantckningar</p>	<p>b) Hur ser primärvården på det behandlingsansvar som läggs ut på dem i det nya vårdprogrammet av barnfetma?</p> <p><i>Arbetsgrupp kring behandling av unga vuxna med psykiatrisk problematik och grav fetma</i> Psykiatri, självskadeenheten: Ing-Marie Tannå och Mikael H Pettersson Psykiatri, ätstörningsenheten: Inger M Sandström och Marie Wilder Ungdomshälsan: Helen Alskog och Lillemor Eriksson Beteendemedicin: Bernt Lindahl</p> <p>Frågor att diskutera: Hur kan vi utveckla en vårdkedja för unga personer med uttalad fetma i kombination med psykiatrisk problematik?</p>
<p>I dagsläget ingen ytterligare diskussion om gruppbehandling i primärvården.</p>	<p><i>Primärvårdens roll – Vilken behandling av fetma skall ske på vårdcentralsnivå?</i> Primärvården signalerar att det är orealistiskt att bygga upp överviktsteam för gruppbehandling av fetma på vårdcentralnivå, men tillägger att man med resurstillskott skulle kunna pröva detta. Detta är ju tankar som man skulle vilja att primärvårdsledningen preciserar. (Håkan Larsson, primärvårdschef)</p>
<p>Genomfört respektive pågår.</p>	<p><i>Behandling av fetma hos personer med psykiskt funktionshandikapp</i> Kliniska delen av PREMIUM genomförd med hälsokontroller enligt VHU-koncept. Arbetet med att åstadkomma en intervention inom ramen för socialpsykiatri i Umeå kommun pågår med hjälp av Socialpsykiatriskt kunskapscentrum.</p>

Schema över samarbeten, remissvägar och kompetensutbyte



Implementering, kontroll och framtidsstankar

1. Familjemodell för behandling av barnfetma på specialistnivå.

I samtal med barnkliniken framgår att förutsättningen för att starta en familjemodell för behandling av barnfetma är att barnkliniken får tillskott av resurser. I grunden bör det finnas kliniska resurser för detta arbete. En möjlig delfinansiering kan vara att man under en 3-årsperiod delfinansierar barnkliniken med profilområdespengar och att man efter denna tidpunkt genomför en utvärdering av verksamheten. Det bör då framgå att man vid gynnsamt utfall av utvärderingen tillskjuter permanenta resurser för denna familjemodell.

2. Unga vuxna med psykiska problem och grav fetma.

Utvecklingen av antalet behandlingsremisser på denna grupp av patienter är svårbedömd. Enstaka remisser droppar regelbundet in. Behovet ute i samhället känns dock större än så varför man får misstänka att det finns ett mörkertal. Detta kan delvis bero på att det idag inte finns ett klart behandlingsprogram för denna patientgrupp, åtminstone inte enligt den samarbetsmodell som framkommer i arbetsgruppens diskussioner. Beteendemedicin kan ta på sig rollen av att vara sammankallande för samarbetet mellan de berörda enheterna (åtstörnings- och självskadeenheterna inom psykiatrin, ungdomshälsan och beteendemedicin) samt upprätta en handlingsplan innehållande rutiner för samarbetet och aktuell kontaktlista.

3. Systematisk uppföljning efter fetmakirurgi.

Fetmakirurgi innebär möjligheter till stora hälsovinster men också risk för vitamin- och nutritionsbrister. En överenskommelse är gjort mellan kirurgkliniken i Lycksele, medicinkliniken (endokrinologi), beteendemedicin och primärvården om hur uppföljningen skall gå till. Läkarrepresentanter från endokrinologiska sektionen vid medicinkliniken, NUS och kirurgkliniken i Lycksele får i uppgift att kontrollera att de olika behandlingsenheterna följer det protokoll för uppföljning efter fetmakirurgi som upprättades under diskussionerna i arbetsgruppen. I nuläget utgörs de två läkarrepresentanterna av specialistläkare Mats Ryberg medicinkliniken NUS och överläkare Lars Boman kirurgkliniken i Lycksele.

4. Fetmabehandling i VLL som vårdpraxisdokument.

Att i ett dokument beskriva de resurser och flöden som finns inom VLL för behandling av fetma skulle kunna förenkla för många av vårdgivarna inom såväl primärvården som specialistvården. Idag finns endast ett dokument som beskriver vad man skall tänka på vid olika typer av problem som uppstår efter fetmakirurgi. Beteendemedicin kan ta på sig rollen att initiera och tillsammans med primärvården vidareutveckla vårdpraxisdokumentet om behandling av fetma. Primärvården måste utse sina kontaktpersoner i detta arbete.

5. Primärvårdens framtida roll i behandlingen av fetma i VLL.

Primärvårdens roll har endast delvis belysts i denna rapport. Primärvården ger idag individuell behandling av fetma, eventuellt kompletterat med läkemedelsbehandling (Xenical®) och/eller FaR-recept samt med möjlighet att remittera patienten vidare till beteendemedicin och/eller kirurgkliniken i Lycksele. Gruppbehandling av fetma i primärvården prövades under åren 2001-2004. Beteendemedicin startade med hjälp av finansiering från Riksförsäkringsverket en utbildning i gruppbehandling av fetma för primärvården (Fetma i Fokus-utbildningen). Initialt fungerade det bra med deltagande av 38 vårdenheter inom primärvården. Ett stort antal vårdenheter startade också gruppbehandlingar men inom några år hade all gruppbehandling upphört. Orsakerna till detta var flera. Främst lyftes tids- och resursbrist fram men också svårigheter med att på ett effektivt sätt driva gruppbehandling inom detta område, inte minst när detta sker med oregelbundna mellanrum (upplevd kompetensbrist). Enstaka exempel på livsstilsprojekt med gruppbehandling finns även idag i primärvården t.ex. Kick-projektet på Anderstorps vårdcentral. Primärvården av idag verkar dessutom ha en än mer ansträngd situation än i början av 2000-talet. En bred satsning på gruppbehandling av fetma i primärvården bedöms därför i nuläget som ogörlig. En fråga som fortfarande bör hållas öppen för diskussion är hur samarbetet skall vara mellan primärvården och specialistenheterna för fetmabehandling (beteendemedicin och kirurgkliniken i Lycksele) vad gäller t.ex. uppföljning av de gemensamma patienterna. En kartläggning av vad som görs idag inom primärvården vad gäller behandling av fetma är ett första steg i att belysa denna framtida roll.

6. **Beteendemedicins (BMs) roll i behandlingen av fetma.**

Basen för beteendemedicins behandlingsinsatser vid fetma utgörs av intensiv livsstilsbehandling i grupp lokaliserat till BM Umeå och BM Sorsele. Remissinflödet för dessa högriskindivider för diabetes och hjärt-kärlsjukdom har stadigt ökat under de senaste åren, inte minst genom samarbetet mellan beteendemedicin och VHU samt landstingets dietister. Totalt fick beteendemedicin 492 remisser 2014 jämfört med 350 remisser 2013. Från VHU och dietister fick beteendemedicin 185 remisser under 2014 jämfört med 68 remisser från VHU 2013. I tillägg till gruppbehandling utvecklar främst BM Umeå även individuella behandlingsformer t.ex. för personer som av någon anledning inte passar i gruppbehandling. Arbetet med att samordna behandlingsinsatser för fetma mellan beteendemedicin och kirurgkliniken i Lycksele (fetmakirurgi) kommer att fortsätta. Beteendemedicin är ett kompetenscentrum för VLL då det gäller livsstilsbehandling och beteendeförändringsarbete. Under senare år har BM deltagit i uppbyggnaden av PREMIUM inom psykiatri, en satsning på att utveckla en modell för livsstilsförändring för personer med allvarlig psykisk sjukdom. BM erbjuder sig också att vara sammanställande i gruppen unga vuxna med psykiska problem och grav fetma.

Umeå 2015-03-19

Bernt Lindahl, överläkare
Arbets- och beteendemedicinskt centrum
Norrlands universitetssjukhus

Bilaga 1

Möte kring frågan om uppföljning efter kirurgisk behandling av fetma 2013-12-11

Närvarande: Lars Boman, kirurgkliniken, Lycksele lasarett och ansvarig VLLs fetmakirurgi
Mats Ryberg, medicincentrum, NUS
Magnus Rydvall, primärvården, VLL
Bernt Lindahl, arbets- och beteendemedicinskt centrum, NUS

En översyn startade i mars 2013 kring hur vi i Västerbottens Läns Landsting (VLL) förebygger och behandlar fetma. Ett antal ansvarsområden pekades ut för vidare diskussioner på grund av att man kunde göra förbättringar för patienterna eller på grund av att det fanns en osäkerhet om vad som gällde.

Dagens möte har kommit till stånd för att diskutera frågan om uppföljning efter kirurgisk behandling av fetma. I grunden handlar det om att få en samsyn på hur uppföljningen bör genomföras för att minimera olika typer av risker efter kirurgisk behandling av fetma med de resurser som står till buds i VLL. De första två åren sker uppföljningen inom ramen för kirurgkliniken i Lycksele för att därefter gå över till primärvården. Medicinkliniken vid NUS ser av och till patienter som genomgått kirurgisk behandling av fetma och som utvecklat allvarliga bristtillstånd (främst B-vitaminbrist) men man vill även lyfta fram den framtida risken för benskörhet. Det pågår också ett arbete mellan kirurgkliniken i Lycksele och primärvården i att skriva en "vårdpraxis" för fetmakirurgi, där man beskriver vad allmänläkaren skall tänka på och göra när en patient som genomgått kirurgisk behandling av fetma söker primärvården. Utifrån översynsarbetet har fem frågeställningar tagits fram (se nedan) som skall strukturera dagens diskussion.

1. Hur ser uppföljningen efter GBY ut under de första två åren (kirurgkliniken i Lycksele)?
2. Hur ser uppföljningen ut efter de två första åren (primärvården)?
3. Uppföljningen enligt Endocrine Society (provtagning var 6:e mån) och DXA varje år?
4. Hur stort är problemet med bristtillstånd efter GBY?
5. Kan vi få samsyn kring hur uppföljningen efter fetmakirurgi skall gå till?

1. Uppföljning inom ramen för kirurgkliniken i Lycksele (de första två åren)

Man har på kirurgkliniken i Lycksele under de två senaste åren utvecklat omhändertagandet av patienter som remitterats för att genomgå kirurgisk behandling av fetma. Innan operation försöker man hitta de patienter som inte kommer att kunna följa de beteenderegler som behövs för ett lyckat resultat av fetmakirurgi bl.a. genom att kräva att individen skall gå ned 7% av kroppsvikten innan operation kan bli aktuell. Man har också utökat utbildningen före operation till en heldag, där man även träffar dietist. En hel del av informationen handlar om hur man under den första tiden efter operation skall gå från flytande till fast kost, hur maten bör vara sammansatt och om vad man bör undvika att äta samt hur man skall tillföra vitaminer för att undvika framtida bristtillstånd. Uppföljning sker efter 6 veckor (främst för att fånga upp kirurgiska post-operativa komplikationer), 6 månader, 1 år och 2 år. Första återbesöket sker alltid hos läkare medan de övriga uppföljningarna sker hos sjuksköterska. Man tar blodprover vid uppföljningarna för att upptäcka risk för utveckling av benskörhet (D-vitamin, kalk/fosfat, PTH (parathormon) och ALP (alkaliska fosfataser)). Rutinmässigt sätter man efter operation in 1-2 tabletter av ett multivitaminpreparat. Man sätter inte in D-vitamin eller extra

kalktabletter. Man följer inte möjlig påverkan på benstommen med upprepade DXA-mätningar (Dual Energy Xray Absorptiometri). Risken för att individen skall utveckla allvarlig tiaminbrist (B1-vitaminbrist) är relativt liten om man följer anvisningarna om dagligt multivitaminintag, men patienter med kräkningar kan relativt snabbt utveckla tiaminbrist.

Allvarlig tiaminbrist kan leda till störningar i nervfunktionen och svår hjärtsvikt.

2. Uppföljning i primärvården efter genomgången fetmakirurgi (> 2 år efter operationen).

Efter två år av uppföljning på kirurgkliniken i Lycksele sker fortsatt uppföljning i primärvården. Patienterna har instruerats från kirurgkliniken att årligen vända sig till sin primärvårdsläkare för uppföljning efter fetmakirurgi. Primärvården signalerar att det inte finns någon möjlighet att man skall kalla patienterna till dessa uppföljningar utan varje patient måste själv ta ansvar för detta. De som hör av sig kontrolleras och vid behov tas prover enligt ovan. De som inte hör av sig får ingen uppföljning. Kirurgkliniken skickar ut ett meddelande till patienterna om att gå till sin primärvård för uppföljning fem år efter operationen, men även här är det individen som måste ta initiativ till att beställa en tid. Primärvården undersöker patienten och tar prover enligt ovan. Diskussion sker vid mötet om man från primärvården kan meddela kirurgkliniken att 5-årsuppföljningen är genomförd. Detta skulle underlätta för kirurgkliniken koordinator, som håller reda på och sammanställer 5-årskontrollerna. Laboratorieprover får man rätt på via RoS.

3. Diskussion om bästa möjliga uppföljning efter fetmakirurgi (förslag Endocrine Society).

Enligt det förslag som ”Endocrine Society” publicerade 2010 så skall man för att optimalt upptäcka bristtillstånd och hitta dem med begynnande benskörhet ta blodprover pre- och postoperativt vid 6, 12 och 24 månader. Detta sammanfaller i allt väsentligt med vad som görs via kirurgkliniken i Lycksele idag.

Schema för klinisk och biokemisk monitorering

	Preop	6 v	6 m	12 m	24 m	Årligen
Vätskestatus	X	X	X	X	X	X
Blodstatus	X	X	X	X	X	X
Lever-gallstatus	X	X	X	X	X	X
Glukos	X	X	X	X	X	X
Järn/ferritin	X		X	X	X	X
Vitamin B12/folat	X		X	X	X	X
Kalcium	X		X	X	X	X
PTH	X		X	X	X	X
D-vitamin	X		X	X	X	X
Insulin	X		X	X	X	X
C-peptid	X		X	X	X	X
CRP	X		X	X	X	X

Vitamin A och B1, Zn, Mg och DXA utförs vid behov.

4. Vad vet vi idag om risken för bristtillstånd och benskörhet efter gastrisk by-pass i VLL?

Allvarliga bristtillstånd upptäcks rätt sällan men här finns ett mörkertal. Uppenbart är att man på medicinkliniken ser enstaka fall av allvarlig tiaminbrist på patienter som är opererade med gastrisk by-pass (GBY). Mindre allvarliga bristtillstånd är sannolikt svårare att upptäcka. Eftersom det är komplicerat att mäta tiamin så måste gången för att upptäcka eventuella bristtillstånd vara att berörda läkare är kunniga om tidiga tecken på bristtillstånd och att man har denna möjliga diagnos i åtanke när man träffar patienter som är GBY-opererade. En diskussion fördes om betydelsen av DXA-mätning. Patienterna minskar sin benmassa efter GBY-kirurgi men mycket tyder på att de går från en övermineraliserad (+2 SD) till normalmineraliserad benstomme helt enkelt på grund av den viktförlust som patienten gör genom sin GBY. Mindre viktbelastning på benstommen minskar mineraliseringsgraden. Utifrån detta blev diskussionen att man inte behövde följa förslaget från Endocrine Society vad gäller DXA-mätningar. Från medicinsidan höjdes ändå en varningsflagg för postmenopausala kvinnor där man bör överväga DXA vid misstanke om osteoporos. I den fortsatta diskussionen måste man också värdera risken efter de 2 första åren för den del av de opererade som inte följer uppmaningen från kirurgkliniken om uppföljningsbesök i primärvården efter 3, 4 och 5 år. Å andra sidan kan man ju tänka sig att viktnedgång och andra laboratorievärden huvudsakligen har stabiliserat sig inom den 2-årsperiod som kirurgkliniken ansvarar för?

5. Hur uppnå samsyn i uppföljningen efter gastrisk by-pass-operation.

Nästa möte kommer att fokusera på hur vi skall få samsyn kring en rutin för uppföljning efter fetmakirurgi som inom befintliga resurser är den bästa möjliga för att förebygga och upptäcka eventuella bristtillstånd och även upptäcka riskindivider för framtida benskörhet. Basen för detta blir dagens diskussion (se mötesanteckningarna) och det framarbetade "vårdpraxis-dokumentet" om fetmakirurgi.

Nästa möte: 15 januari 2014 kl 15.30-17.00

Vid pennan 2013-12-16

Bernt Lindahl, sammankallande

Möte kring frågan om uppföljning efter kirurgisk behandling av fetma 2014-01-28

Närvarande: Lars Boman, kirurgkliniken, Lycksele lasarett och ansvarig VLLs fetmakirurgi
Mats Ryberg, medicincentrum, NUS
Bernt Lindahl, arbets- och beteendemedicinskt centrum, NUS

Frånvarande: Magnus Rydvall, primärvården, VLL

Dagens möte skulle egentligen ha hållits den 15 januari och diskuterar frågan om uppföljning efter kirurgisk behandling av fetma. Diskussionen fortsätter där den slutade vid förra mötet (2013-12-11).

Mötesanteckningarna från förra mötet, där korrigerings gjorts på ett par punkter av Mats Ryberg, diskuteras och befinns vara en korrekt återgivning av diskussionen under förra mötet och även en korrekt beskrivning av den rådande situationen vad gäller uppföljning efter fetmakirurgi. Eftersom primärvårdens representant inte kunde vara med i detta möte så kommer han senare att gå igenom och kommentera mötesanteckningarna från båda dessa möten.

Tre punkter diskuteras:

1. Laboratorieprovtagning före operation och vid uppföljning efter 6 veckor samt efter 6, 12 och 24 månader. I huvudsak följer man den mall som the Endocrine Society har tagit fram men stryker vitamin A och zink. Provtagningsstidpunkterna anpassas till de uppföljningstidpunkter som nu gäller på kirurgkliniken i Lycksele.
2. Uppföljning med DXA på postmenopausala kvinnor diskuteras. Lars Boman lyfter fram en referens med flera tusen deltagare som visat att frakturrisken inte ökar hos postmenopausala kvinnor som genomgått GBY. Lars Boman skickar ut referensen till arbetsgruppen. Förslaget om årlig DXA på postmenopausala kvinnor som genomgått GBY ändras till DXA vid behov.
3. Primärvården präglas av en mycket stor sjukvårdstyngd. Detta gör att man inte hinner kalla patienter till uppföljande kontroller utan måste lägga ansvaret på varje enskild patient att själv ta kontakt med primärvården. Ett sådant upplägg gör att vissa patienter riskerar att bli utan årlig uppföljning. Samtidigt måste vi konstatera att det endast är primärvården som har den fulla överblicken över allt som skall göras inom deras ansvarsområde och därför kan endast primärvården besluta om sina uppföljningsrutiner.

Inget nytt möte planeras utan mötesanteckningar samt förslag till åtgärder vid uppföljning efter fetmakirurgi kommer att skickas ut till arbetsgruppen för synpunkter.

Vid pennen 2014-01-28

Bernt Lindahl, sammankallande

Möte med barn- och ungdomskliniken 2013-12-05

Deltagare: Per-Erik Sandström, verksamhetschef, barn- och ungdomskliniken, NUS
Sven-Arne Silfverdal, överläkare, barnhälsovården, NUS
Torbjörn Lind, överläkare, barn- och ungdomskliniken, NUS
Bernt Lindahl, överläkare, arbets- och beteendemedicinskt centrum, NUS

Mötet kommer till stånd utifrån den pågående genomlysning som görs inom VLL av frågan kring ”förebyggande och behandling av övervikt och fetma”.

Barn- och ungdomskliniken har tagit fram ett nytt vårdprogram med titeln ”Övervikt och fetma hos barn och ungdomar – prevention och behandling. I detta styrdokument finns en tveksamhet över vilken behandling man kommer att ge på specialistnivå vad gäller barn med fetma. En stor del av behandlingsansvaret läggs också på primärvårdsnivå. I vår genomlysning av barnområdet ville vi därför få svar på två konkreta frågor.

- 1) Hur ser behandlingen ut för barn med fetma på specialistnivå?

Det är svårt att hitta behandlingsmodeller för barn med fetma som framgångsrikt leder till långsiktig viktning. Efter en genomgång av forskningslitteratur och vad man har gjort på andra håll i Sverige i behandling av barnfetma, så har man på barn- och ungdomskliniken vid NUS tagit fram en behandlingsmodell för barnfetma på specialistnivå som bygger på konceptet familjeviktsskola. Modellen är en anpassning av en familjeterapeutisk metod som man främst arbetat med i Lund (Nowicka P, Flodmark CE. Family therapy as a model for treating childhood obesity: useful tools for clinicians. Clin Child Psychol Psychiatry 2011;16:129-45). I samtal med barn- och ungdomskliniken framhålls det att det för närvarande saknas resurser för att kunna genomföra denna multidisciplinära behandlingsmetod. En ansökan har skickats till den utlysning man gjort inom ramen för profilmråde fetma kring kliniska övervikt/fetmaprojekt men något svar på denna ansökan har man ännu ej fått.

- 2) Har barn- och ungdomskliniken gjort någon överenskommelse med primärvården angående de arbetsuppgifter som finns i vårdprogrammet vad gäller förebyggande och behandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

Vårdprogrammet har godkänts från primärvården (barnklinikens allmänläkarkonsult Bo Sundqvist) med smärre förändringar.

Vid pennan

Bernt Lindahl

Bilaga 3

Möte med arbetsgrupp vikt och psyke 2014-05-13

Närvarande: Inger M Sandström, Freja, Psykiatriska kliniken
 Marie Wilder, Freja, Psykiatriska kliniken
 Helen Alskog, Ungdomshälsan
 Ing-Marie Tannå, Vågen, Psykiatriska kliniken
 Mikael H Pettersson, Vågen, Psykiatriska kliniken
 Bernt Lindahl, Arbets- och beteendemedicinskt centrum

Frånvarande: Lillemor Eriksson, Ungdomshälsan

Bakgrund: Det finns ett klart samband mellan att må psykiskt dåligt och att utveckla övervikt/fetma. För en del patienter med fetma är det psykiska illabefinnandet så dominerande att behandlingen mot fetman blir svår att genomföra inom ramen för VLL:s vanliga verksamhet (primärvård, beteendemedicin och kirurgklinik). Ofta handlar det om svårare ångesttillstånd som ibland utlöser självskadebeteenden eller ger upphov till ätstörningar. Det finns alltid en risk att patienter med flera allvarliga sjukdomar riskerar att hamna mellan stolarna, dvs. att ingen vårdgivare ser sig ha möjlighet att ta behandlingsansvaret. I sämsta fall kan patienten skickas runt till flera vårdgivare utan att få hjälp. Den osäkerhet som uppstår när man som vårdgivare ser sig ha behandlingskompetens endast för den ena sjukdomen men inte för den andra kan innebära att man hellre ser att någon annan tar på sig hela behandlingsansvaret. Mycket talar för att det rör sig om ett relativt begränsat antal remisser där patienten har den komplexa bilden av uttalad fetma och svårare ångest med självskadebeteende eller ätstörning. På beteendemedicin ser vi en handfull remisser varje år men komplexiteten i problemen gör att varje sådan remiss leder till en osäkerhet i den vidare handläggningen. Man kan inte heller utesluta att det finns ett mörkertal. Arbetsgruppen vikt och psyke har bildats för att analysera och diskutera möjliga lösningar för just denna grupp av patienter.

1. Kort presentation av översynen kring förebyggande och behandling av övervikt/fetma i VLL.
2. Diskussion kring risken att denna typ av patient "bollas runt" mellan olika vårdgivare. Orsakerna till detta kan vara flera. Det finns en överenskommelse (APP-dokumentet) mellan psykiatri och primärvård som innebär att lindriga och måttliga psykiska besvär skall hanteras av primärvården medan svårare besvär skall hanteras av psykiatrin. Ibland kan det vara svårt att veta om en individ skall klassas som att ha "måttliga" eller "svåra" besvär.
3. På Freja-kliniken erbjuder man behandling till patienter med en fastställd ätstörningsdiagnos. Många patienter som har problem med sitt ätande uppfyller inte diagnoskriterierna för ätstörning. Behandlingen har på senare tid utvecklats till att bli mer individuell. Om inläggning behövs (svåra fall) så sker det i så fall på psykiatriska kliniken vårdavdelningar.
4. Ungdomshälsan arbetar gärna med unga personer som kan ha både övervikt/fetma och må dåligt psykiskt men tar inte de med svårare former av ångest (t.ex självskadebeteende och ätstörningsdiagnoser). Arbetar med åldergruppen 16-22 år.
5. Konsensus i arbetsgruppen kring behovet av att det finns rutiner för hur samråd skall kunna ske mellan olika behandlingsenheter på denna grupp av mer komplexa patienter.

6. Arbetsgruppen enades om att träffas ytterligare en gång innan sommaren och då diskutera hur logistiken för detta samråd skulle kunna se ut. Denna diskussion kan då med fördel utgå från faktiska patientfall. Bernt Lindahl ordnar fram ett par diskussionsfall.
7. Nästa möte : Måndagen 16 juni kl. 15-17 i konferensrummet på Arbetsmedicin (samma lokal som förra mötet).

Vid pennan 2014-05-14

Bernt Lindahl, sammankallande

Möte med arbetsgrupp vikt och psyke 2014-06-16

Närvarande: Inger M Sandström, Freja, Psykiatriska kliniken
 Marie Wilder, Freja, Psykiatriska kliniken
 Mikael H Pettersson, Vågen, Psykiatriska kliniken
 Helen Alskog, Ungdomshälsan
 Lillemor Eriksson, Ungdomshälsan
 Bernt Lindahl, Arbets- och beteendemedicinskt centrum

Frånvarande: Ing-Marie Tannå, Vågen, Psykiatriska kliniken

Bakgrund: Vid mötet som genomfördes 13/5 bestämde arbetsgruppen att den fortsätta diskussionen den 16/6 skulle ske utifrån relevanta patientfall. Utgångspunkten för just denna diskussion är också att det finns en påtaglig fetma och att patienten uttrycker en önskan om att gå ned i vikt. Fetma i kombination med svår ångest med manifestationer som ätstörning, självskadebeteende och/eller missbruk innebär att behandlingen mot fetman kan bli svår att genomföra inom ramen för VLL:s vanliga verksamhet (primärvård, beteendemedicin och kirurgklinik). Komplexiteten i problemsituationen gör att varje behandlingsteam känner en otillräcklighet, oberoende av var man börjar i sina försök att behandla patienten, dvs. ingen vårdgivare ser sig ha möjlighet att ta hela behandlingsansvaret. I en sådan situation finns alltid en risk att patienten hamnar mellan stolarna och kan i sämsta fall skickas runt mellan enskilda vårdgivare utan att få nödvändig hjälp.

1. Presentation av tre patientfall med åtföljande diskussion.
2. Diskussion inleddes med en genomgång av hur de olika enheterna arbetar och var gränserna går för vilka patienter man kan ta emot i sina behandlingar. Patientfallen illustrerade också tydligt risken för att denna komplexa patientgrupp kan hamna mellan stolarna, trots att varje behandlingsenhet i sig försöker göra så gott och så ansvarsfullt arbete som möjligt. Beteendemedicin som arbetar med intensiv livsstilsbehandling kan inte i sitt gruppbehandlingsprogram ta emot patienter som mår alltför "dåligt i livet" eller som är "störande" för andra patienter i samma gruppbehandling. Med enstaka patienter kan man arbeta individuellt, åtminstone under en kortare tid. Freja arbetar med patienter som uppfyller kriterierna för en ätstörningsdiagnos enligt DSM och de patienter som har påbörjat behandling på annan enhet (ex BUP) med behov av att slutföra sin behandling. Under diskussionen klargörs det att det finns en grupp av människor som har störningar i sitt ätbeteende, men som inte uppfyller kriterierna för någon av ätstörningsdiagnoserna och

som därmed inte ingår i Frejas behandlingsuppdrag. Det understryks vidare att Freja inte arbetar med patienter vars primära behandlingsmål är viktnedgång. Har en patient med ätstörningsdiagnos ett pågående missbruk skall patienten i första hand behandlas för sitt missbruk inom beroendepsykiatri, därefter kan en behandling mot ätstörningssymtomen starta. Har patienten ett självskaдебeteende skall detta bedömas och behandlas inom psykiatri eller när det bedöms vara lämpligt på Ungdomshälsan. Ungdomshälsan har i sina kontakter med unga personer (upp till och med 22 år) ett helhetskoncept och kan med hjälp av dietist och samtalsterapeut arbeta samtidigt med fetma och ångest. Man tar inte personer över 22 år och inte heller om det finns en svårare psykiatrisk problematik (jmf/ uppdelningen mellan primärvård och psykiatri i APP-dokumentet). Dessutom är ungdomshälsans verksamhet i stor utsträckning koncentrerad till Umeå.

3. En fråga i diskussionen kretsade kring om det är lämpligt att erbjuda viktnedgångsbehandling för patienter med fetma, med en önskan om att gå ned i vikt och som samtidigt har flera svåra yttringar av underliggande ångest (ätstörning, självskaador och/eller missbruk). Kan en intensiv livsstilsbehandling i detta fall öka ångest och därigenom försämra symtom i form av självskaдебeteendet och/eller ätstörningen? Eller kan man tvärtom tänka sig att ett intensivt livsstilsförändringsarbete kombinerat med samtalsbehandling som påverkar patienten till ett generellt bättre mående och ger viktnedgång blir en ingång till ökad psykisk hälsa med minskad ångest och minskade symtom i form av självskada, ätstörning, missbruk?
4. Vilka förutsättningar måste i så fall finnas för att inleda ett livsstilsförändrande och viktreducerande behandlingsarbete med denna speciella patientgrupp. ”Samverkan mellan olika behandlingsenheter” lyftes fram som nyckelord i denna del av diskussionen. Upplägget för denna samverkan skulle kunna vara utformat så att den som tar emot remissen blir sammankallande för ett samverkansmöte med berörda parter (beteendemedicin, Freja, självskadeenheten, ungdomshälsan, ev. även andra delar av psykiatri). Under överläggningen bör man söka svar på frågor som: Vilken nivå och art av psykiatriska problem har denna patient? Vem gör vad? Utvecklingen kan sedan följas med hjälp av avstämningssamtal. För att kommunikation kring samverkan skall kunna genomföras på ett enkelt och smidigt sätt så behövs det personer på varje ingående behandlingsenhet som man enkelt kan få kontakt med (gärna 2 kontaktpersoner per enhet).
5. Nästa steg i utvecklingen av behandlingsstrategier för gruppen unga patienter med fetma och psykiatriska problem är att utarbeta riktlinjer för uppdrag och ansvar mellan beteendemedicin och psykiatri respektive ungdomshälsa och utse kontaktpersoner för samverkansmöten.

Vid pennan 2014-06-19

Bernt Lindahl, sammankallande