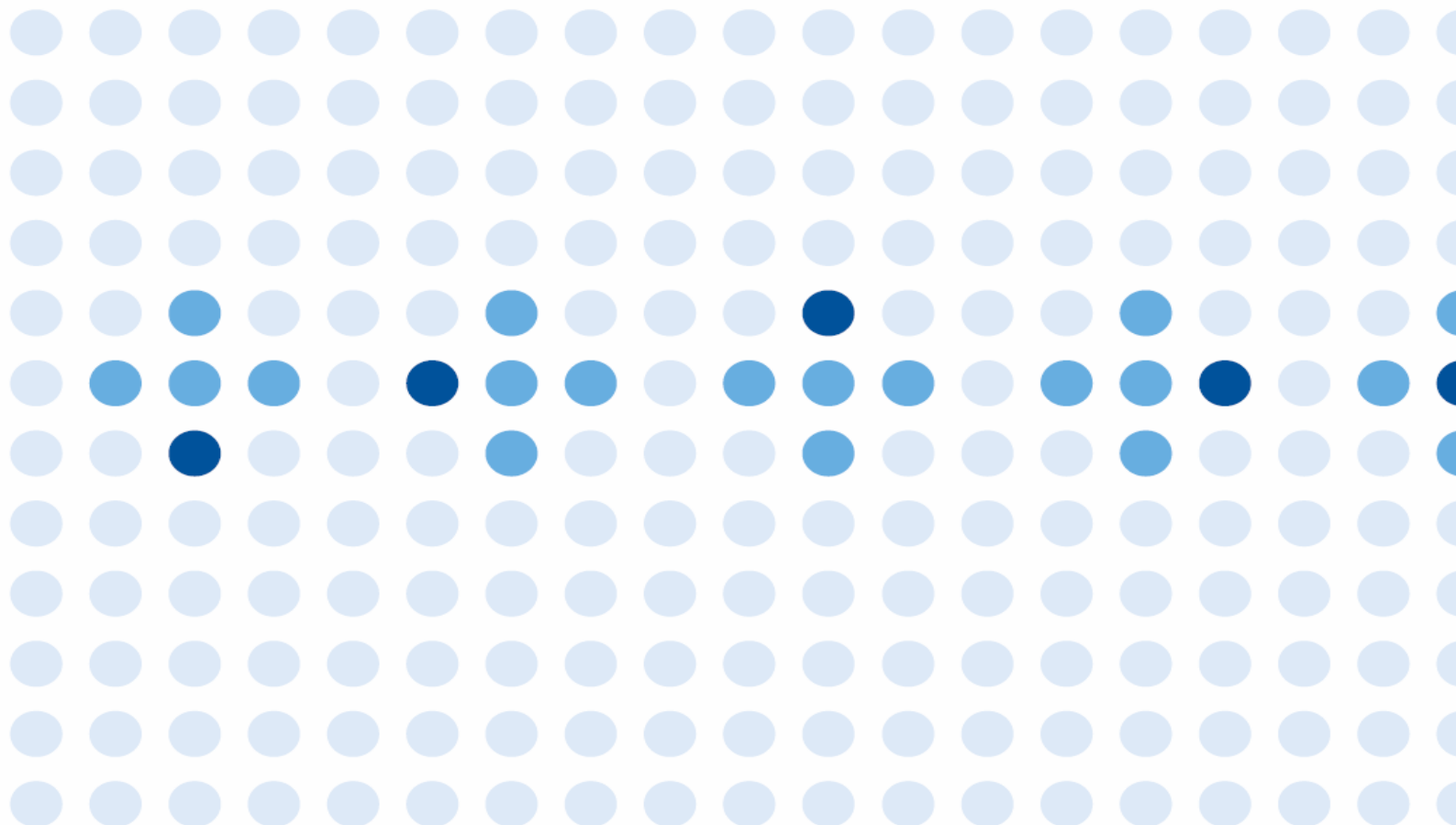


BEHANDLING AV SYKELIG OVERVEKT HOS VOKSNE

DATO 01.02.05



SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	3
1.1 BEGRUNNELSE FOR OPPBYGNING AV BEHANDLINGSTILBUD	4
1.2 ARBEIDSGRUPPENS MANDAT	4
1.3 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING OG ARBEIDSMETODE.....	5
1.4 BEGREP.....	5
1.5 KUNNSKAPSGRUNNLAGET	6
2 RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV SYKELIG OVERVEKT	6
2.1 PRIMÆRHELSETJENESTENS ROLLE	6
2.2 INDIKASJON FOR BEHANDLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	7
2.3 RETNINGSLINJER FOR VURDERING	8
2.4 ORGANISERING AV TILBUDET.....	9
2.4.1 <i>Senter for behandling av sykelig overvekt</i>	9
2.5 BEHANDLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	10
2.5.1 <i>Forberedelse</i>	10
2.5.2 <i>Kursenter</i>	11
2.5.3 <i>Medisinske behandling</i>	12
2.5.4 <i>Kirurgiske behandling</i>	13
2.5.5 <i>Oppfølging</i>	15
2.6 MINIMUMSKRAV TIL KOMPETANSE	16
2.7 KRAV TIL UTSTYR	16
3 FORSKNING OG FAGUTVIKLING.....	17
3.1 NASJONALT KVALITETSREGISTER	17
4 VENTETID OG KAPASITET.....	18
5 ØKONOMISKE VURDERINGER.....	19
5.1 HELSEØKONOMI	19
5.2 REFUSJONSORDNINGER.....	20
VEDLEGG: STATUS I REGIONENE FRAM TIL 2005.....	22
LITTERATUR	25

Behandling av sykelig overvekt hos voksne

Sammendrag

Body Mass Index (BMI), eller på norsk kroppsmasseindeks (KMI), beregnes ved kg/m^2 , og er det mest brukte målet for kroppsstørrelse og kroppsfett. Med sykelig overvekt defineres $\text{BMI} \geq 40$ eller $\text{BMI} \geq 35$ med alvorlige følgesykdommer.

Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og voksne i Norge. Overvekt og fedme er risikofaktorer for en rekke sykdommer og plager. Behandlingstilbudet til pasienter med overvekt er ikke tilfredsstillende i den offentlige helsetjenesten. Det finnes heller ikke nasjonale faglige retningslinjer verken for forebygging, utredning eller behandling av overvekt, og spesielt ikke for behandling av sykelig overvekt.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag av Helse og omsorgsdepartementet å etablere et behandlingstilbud til pasienter med sykelig overvekt. For å sikre et enhetlig opplegg har en arbeidsgruppe i regi av de fem regionale helseforetakene utarbeidet retningslinjer for behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen mener at det er behov for økt kunnskap og dokumentasjon på effekten av overvektsbehandling. Det anbefales å prøve ut nye retninger og typer konservative tilbud som det i dag finnes lite dokumentert kunnskap om. Av de behandlingstilbud vi er kjent med i Norge og Norden i dag, er Ebeltoft Kurcenter det som ligger nærmest opp mot nye teorier innefor livsstilsendring. Det er fortsatt stort behov for forskning på denne og lignende modeller.

Når det gjelder kirurgi, er gastric bypass den metoden som er mest brukt i Norge i dag. Metoden gjøres laparoskopisk (kikkehullskirurgi). Biliopancreatic diversion/"duodenal switch" vil bli foretrukket hos de aller tyngste pasientene ved noen sykehus. Gastric banding (adjustable band) kan foretrekkes hos overvektige med en BMI 35-45, og pasienter som er helt avhengig av spesielle medikamenter som f. eks. etter nyretransplantasjon. Det er viktig å få bedre data om langtidsvirkninger av kirurgi. Arbeidsgruppen anbefaler fortsatt forskning på kirurgiske behandlingsmetoder, med hensyn til vektreduksjon, komplikasjoner, bivirkninger og dødelighet.

Videre anbefaler arbeidsgruppen studier av ulike behandlingsformer som skal prøves ut i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis sammenlignende studier mellom godkjente kursenter, medikamentell behandling og kirurgisk behandling.

1 Innledning

Behandlingen av sykelig overvektige har vært et forsømt område og det finnes få behandlingstilbud i Norge. De fem regionale helseforetakene har derfor fått i oppdrag å etablere regionale og flerregionale behandlingstilbud til pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme (Styringsdokument 2004/Bestillerdokument 2005, Helse- og omsorgsdepartementet). Det er behov for å samordne kriteriene for behandlingstilbudene nasjonalt for å sikre kvalitet på behandlingen, likeverdige tilbud og for å styrke forskning og utvikling.

Med sykelig overvekt defineres $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$, eller $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ med alvorlige følgesykdommer.

Sykkelig overvekt er et voksende helseproblem med alvorlige helsemessige konsekvenser og med store samfunnsøkonomiske kostnader (type 2-diabetes, artrose, alvorlig hjerte-karsykdom, hypertoni, økt kreftrisiko og dødelighet). Forekomsten av sykkelig overvekt er økende. Beregninger viser at det finnes mer enn 20 000 mennesker i Norge med sykkelig overvekt (1). Nest etter røyking er fedme og fedmerelatert sykdom i dag den viktigste årsak til tidlig død (2).

Formålet med rapporten er å anbefale overordnede retningslinjer nasjonalt, og at den skal legges til grunn for videre arbeid, utvikling og konkretisering i hver helseregion.

1.1 Begrunnelse for oppbygning av behandlingstilbud

Det er faglig enighet om at helserisikoen ved sykkelig overvekt er betydelig. Derimot er det mange ulike behandlingstilbud og store variasjoner i innholdet i behandlingstilbudet; endrede kostvaner, økt fysisk aktivitet, atferdsterapi, medikamentell behandling, kirurgi eller kombinasjoner av disse.

Behandlingseffekten for flere av metodene er dårlig dokumentert. Så langt kan en si at all intervensjon har en kortvarig effekt. Kirurgi er den eneste metoden der langtidseffekten er dokumentert (3).

Kirurgi utgjør et av flere behandlingstilbud. Utvikling av nye ikke-kirurgiske/konservative metoder, fulgt opp med studier, er nødvendig for å løse det økende helseproblemet. Tiltak rettet mot forebygging av overvekt både innefor helsetjenesten og andre sektorer må inngå i satsningen.

1.2 Arbeidsgruppens mandat

Administrerende direktør i de regionale foretakene har gitt fagdirektør oppgaven å sørge for at det etableres behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme. Behandlingstilbudet skal samordnes nasjonalt.

Arbeidsgruppen er oppnevnt av administrerende direktør i de regionale foretakene.

Arbeidsgruppens medlemmer rapporterer til fagdirektør i tilhørende region.

Helse Midt-Norge RHF har sekretariat og lederansvaret for arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen skal vurdere og anbefale behandlingstilbud ved sykkelig overvekt. Dette innebærer:

1. Medisinskfaglig begrunnelse for oppbygging av behandlingstilbud.
2. Utarbeide faglige retningslinjer for behandling av overvekt/fedme hos voksne, inkludert forberedelses- og oppfølgingstilbud. Dette gjelder både kirurgisk behandling, livsstilskurs og medikamentell behandling.
3. Definere minimumskrav til behandlingsskjeder.
4. Vurdere kapasitetsbehov for kirurgisk behandling, medisinsk behandling og livsstilskurs.
5. Organisering av behandlingen nasjonalt og regionalt (inkl. forberedelses- og oppfølgingstilbud).
6. Kartlegge behov for kompetanse, opplæring og helsepersonellstillinger i behandlingsskjeden.
7. Vurdere nasjonalt kvalitetsregister.
8. Nasjonal og regional forskning.
9. Økonomiske vurderinger, inkl. helseøkonomi, DRG-takster, basisbehov for utstyr, refusjonsordninger.

Framdriftsplan:

01.12.04 - Delrapport for kirurgisk behandling ferdigstilles.

01.02.05 - Arbeidsgruppen ferdigstiller og oversender rapporten til fagdirektørene.

07.04.05 - Høringsseminar for fagmiljø og brukere.

1.3 Arbeidsgruppens sammensetning og arbeidsmetode

Arbeidsgruppens har medlemmer fra alle helseregionene. Gruppen har vært sammensatt av medlemmer med kompetanse innen kirurgi, medisin, samfunnsvitenskap og fra administrasjonen i regionale foretak. Brukere har medvirket i utarbeidelsen av forberedelse og oppfølgingsprogram i samarbeid med Lærings- og mestringscenteret ved Aker Universitetssykehus. Rapporten er drøftet i regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge.

Arbeidsgruppens medlemmer:

Ronald Mårvik, Helse Midt-Norge – leder for arbeidsgruppen

Unni Dahl, Helse Midt-Norge - sekretær for arbeidsgruppen

Rune Sandbu, Helse Sør

Jøran Hjelmesæth, Helse Sør

Heidi Kvalvaag, Helse Øst

Jon Kristinsson, Helse Øst

Christel Meyer, Helse Øst

Villy Våge, Helse Vest

Ingvill Skogseth, Helse Vest

Trude Grønlund, Helse Nord

Jens Fromholt Larsen, Helse Nord

Arbeidsgruppen har oppnevnt en undergruppe for medisinsk behandling ved sykelig overvekt. Medlemmene har vært:

Jøran Hjelmesæth, Helse Sør – leder for gruppen

Serena Tonstad, Helse Øst

Bjørn Gunnar Nedrebø, Helse Vest

Bård Kulseng, Helse Midt-Norge

Niels Aunsholt, Helse Nord

Arbeidsgruppen har hatt 10 møter og to studieturer:

Ebeltoft Kurcenter i Danmark (konservativt tilbud) og Landspítalinn (kirurgisk tilbud) og Reykjalundur (rehabiliteringsinstitusjon) på Island.

1.4 Begrep

I rapporten blir begrep som kan forstås ulikt, forklart fortløpende. I forbindelse med kirurgiske og ikke-kirurgiske behandlingsmetoder, har arbeidsgruppen valgt å benytte begrepet konservativ behandling for alle ikke-kirurgiske behandlingsmetoder. I rapporten fremgår to konservative hovedmetoder; medisinsk behandling og kursenter. Kursentertilbud kan forstås som en del av

den medisinske behandlingen. Arbeidsgruppen har imidlertid valgt å skille ut kursenter som et eget tilbud for å synliggjøre kursenterets tilnærming til vektreduksjon og livsstilsendring. Retningslinjer for kursenter skal også ligge til grunn for dagtilbud som retter seg mot livsstilsendring.

1.5 Kunnskapsgrunnlaget

I arbeidet med rapporten ”Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten” (1) har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en omfattende oppsummering av forskningsbasert kunnskap fra systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer. Arbeidsgruppen har lagt vekt på vurderinger og konklusjoner som er gjort i denne gjennomgangen. Dessuten har man vurdert andre relevante enkeltstudier der oversiktene ikke har vært tilstrekkelig oppdatert. Dette gjelder særlig i forhold til prosedyrer for de enkelte kirurgiske behandlingsmetodene.

2 Retningslinjer for behandling av sykkelig overvekt

2.1 Primærhelsetjenestens rolle

Personer med overvekt skal først og fremst behandles i primærhelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har anbefalt at det innen 1 – 2 år utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt/fedme for barn og voksne knyttet til helsestasjon, skolehelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Vurdering i primærhelsetjenesten

Når fastlegen møter pasienter med sykkelig overvekt i sin praksis, er det av betydning at utredningen dokumenterer:

Høyde, vekt, BMI, livvidde, hoftevidde

Forekomsten av fedme og diabetes hos førstegradsslekninger

Forekomst av følgesykdommer relatert til overvekten

Røykestatus

Når begynte overvekten

Tidligere behandlingsforsøk

Motivasjon for behandling

Bruk av medikamenter for følgesykdommer av overvekten og bruk av medikamenter som forverrer overvekten.

I de tilfelle der det er en klar sammenheng mellom start av medikamentet og vektøkning, og der det finnes andre behandlingsalternativ, bør man gjøre forsøk på å endre behandlingen.

Unge personer med sykkelig overvekt kan ha en sterkere genetisk betinget form for overvekt. På mistanke om genetisk betinget overvekt, kan disse henvises videre til medisinsk genetisk laboratorium (Ullevål Universitetssykehus utfører disse analysene i dag). Pasienter med klare tegn på spiseforstyrrelser, skal først ha vurdering av spiseforstyrrelsen (for eksempel bulemi med oppkast).

Behandling

Alle pasienter med overvekt bør prøve andre former for behandling enn kirurgi. For at pasientene skal oppnå vektreduksjon er det nødvendig både med redusert energiinntak og økt fysisk aktivitet. Tilbudet må være tilpasset individets ønsker og tidligere erfaring, lokale tilbud og legens kompetanse. Alternative tiltak kan være:

- Kurs som fremmer et balansert kosthold og fysisk aktivitet

- Kurs med eller uten fedmereduserende medikament
- Medikamentell behandling med oppfølging hos lege kombinert med livsstilsråd
- Opptreningscenter eller råd fra klinisk ernæringsfysiolog med erfaring i behandling av overvekt

Dokumentasjon på effekten av konservative tiltak er begrenset. Effekt av fedmereduserende medikamenter er dokumentert i studier, men i mindre grad hos pasienter med sykelig overvekt. Reduksjon av BMI til < 25 eller 30 blir nesten aldri nådd uten ved kirurgisk behandling, og derfor er ikke normalisering av BMI et realistisk medisinsk behandlingsmål. Men behandlingen er ikke mislykket dersom dette målet ikke blir nådd. Det er vist at en vektreduksjon på 5-10 % kan føre til redusert bruk av medikamenter, og enkelte pasienter kan slutte med medikamenter for diabetes og /eller hypertensjon.

Tiltak for å vedlikeholde vekttap innebærer å støtte pasienter til å beholde vektreduksjon over lengre tid. Legen kan i samarbeid med pasienten finne fram til tiltak som kan hjelpe pasienten til vedvarende vekttap, for eksempel:

- Fysisk aktivitet i 60 min daglig (36)
- opprettholdelse av normalisert kostsammensetning og porsjonsstørrelse
- fedmereduserende medikament (37, 38, 39)
- redusere sosiale og psykiske belastninger

Tiltakene bør prøves i minst 6 måneder. Fastlegen anbefales å følge opp effekten av tiltakene regelmessig. Dersom pasienten ikke har oppnådd forventet resultat, og dersom kriterier for behandling i spesialisthelsetjenesten oppfylles, kan henvisning sendes til regionalt senter for behandling av sykelig overvekt.

2.2 Indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten

Det er viktig at pasienten får grundig informasjon om de ulike behandlingstilbudene, og at pasienten i samråd med senter for overvekt kan ta det mest hensiktsmessige valget av behandlingstilbud. Pasienter skal gjennomgå et forberedende opplegg før endelig behandlingsforløp bestemmes.

Pasienten må være motivert og i stand til å samarbeide om et langvarig behandlingsforløp.

Kontraindikasjoner er alkohol- og medikamentmisbruk eller alvorlig psykiatrisk sykdom.

Kriterier blir definert ut i frå Body Mass Index (BMI), definert som kg/m².

Kriterier som må tilfredsstilles for at pasienten skal kunne vurderes for behandling i spesialisthelsetjenesten

Enten kirurgisk behandling (4, 9, 10), kursenter (11, 12) eller medisinsk behandling:

BMI \geq 40 med vesentlig redusert livskvalitet på grunn av overvekten.

BMI 35 – 40 med alvorlig komorbiditet. Komorbiditet defineres som sykdom relatert til overvekten, og som i vesentlig grad kan bedres eller kureres med vektreduksjon.

Eksempel på alvorlig komorbiditet er;

Søvnapnoe / Pickwickian syndrom

Kardiomyopati grunnet overvekt eller annen hjertesykdom

Hypertensjon - som er vanskelig å regulere medikamentelt

Type 2-diabetes behandla med tabletter eller insulin
Fysiske vansker som i vesentlig grad påvirker livssituasjonen, belastningssykdommer
Polycystisk ovarial syndrom

Alder: Veiledende aldersgrense 18 – 60 år, individuell vurdering over og under denne alder.
Pasienter med komorbiditet skal prioriteres.

Pasienter som fyller kriteriene som er foreslått av arbeidsgruppen, vil oppfylle alle tre punkt i prioriteringsforskriften. Pasientene vil derfor ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette er rettighetspasienter med behov for en svært lang oppfølging. (jf. prioriteringsforskriften § 2.

2.3 Retningslinjer for vurdering

Prioriteringsforskriften gir kriterier for hvilke pasienter som vurderes til å rett til nødvendig helsehjelp og derved også hvem som skal behandles i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsforskriften § 2: Rett til nødvendig helsehjelp sier følgende:

”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetslovens § 2-1 annet ledd når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

I merknadene fremgår at ”Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet” menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

”Med forventet nytte av helsehjelpen” menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.”

Sykkelig overvekt kan lede til betydelige helseproblemer, så vel somatiske som psykososiale. Hjerte-karsykdommer, type 2-diabetes, søvnapné, ledd- og ryggbesvær, gallesteinssykdom, hormonforstyrrelser og visse kreftformer forekommer hyppigere hos overvektige. Overvekt kan videre knyttes til økning av tidlig død. Nedsatt arbeidskapasitet og redusert livskvalitet som følge er vanlig.

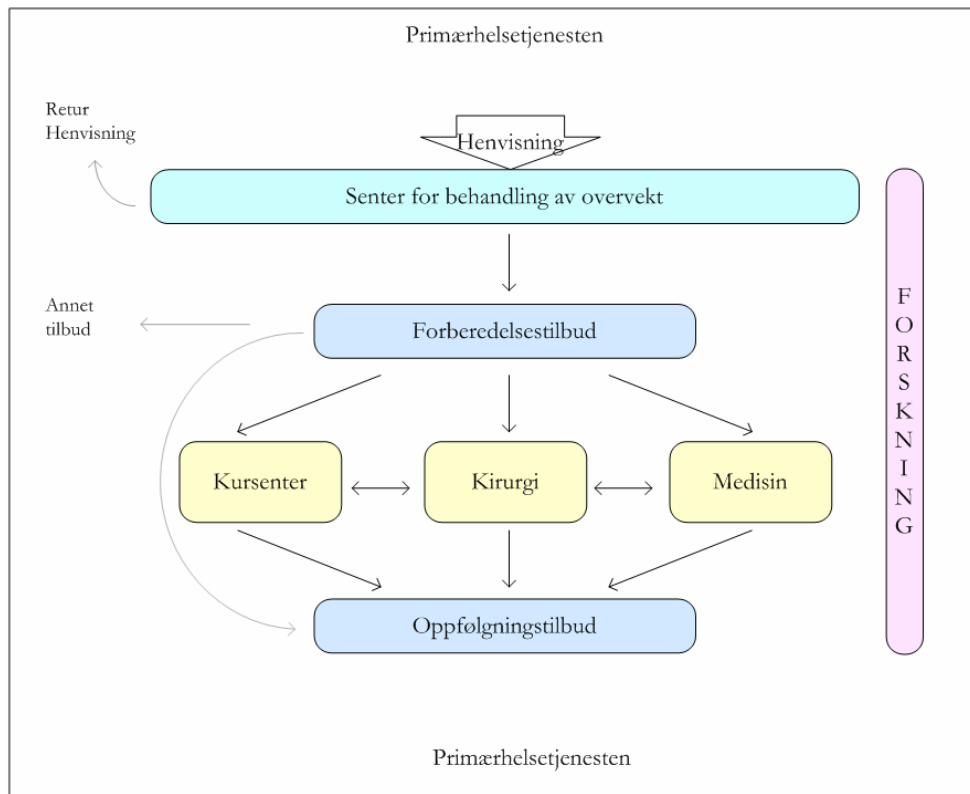
Utgiftene for samfunnet knyttet til direkte sykdomsrelaterte kostnader samt indirekte kostnader pga. økt sykefravær og uførepensjoner er betydelige. Arbeidsgruppen er således av den oppfatning at de fleste av pasientene som henvises og får behandling i spesialisthelsetjenesten etter de omforente kriterier for behandling, vil ha rett til nødvendig helsehjelp fordi alle de tre punktene i prioriteringsforskriften vil være oppfylt. Dette innebærer også at lovens bestemmelser om individuell frist for når denne helsehjelpen skal være ytt, kommer til anvendelse.

2.4 Organisering av tilbudet

2.4.1 Senter for behandling av sykkelig overvekt

Arbeidsgruppen foreslår at følgende modell legges til grunn for organiseringen av behandlingstilbudet for pasienter med sykkelig overvekt.

Fig 1. Modell av behandlingsskjeden



Arbeidsgruppen anbefaler at det i hver helseregion etableres et senter for behandling av sykkelig overvekt med ansvaret for den helhetlige behandlingen. Behandling av sykkelig overvekt er en tverrfaglig teamoppgave som forutsetter stor faglig kompetanse og organisatoriske ressurser. Videre viser erfaringer fra kirurgisk behandling at bivirkninger og komplikasjoner er størst ved oppstart av prosedyre og reduseres med erfaring. Det er vesentlig for kvaliteten at senteret har et visst volum på den kirurgiske aktiviteten. Kirurgisk behandling bør derfor beholdes på relativt få sentra.

Senteret skal ivareta spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver: Behandling, opplæring, forskning og undervisning.

Forberedelser og oppfølging inngår som en del av det totale behandlingstilbudet. Senteret får ansvar for å kvalitetssikre tilbudet i behandlingsskjeden. Betydningen av et godt samarbeid med primærhelsetjenesten skal vektlegges.

Senter for behandling av overvekt har ansvar for forskning, kvalitetsregister og fagutvikling i hele behandlingsskjeden. Studier og forskning vil bidra til nødvendig korrigerende av kriterier og behandlingstilbud.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Henvisninger fra spesialist eller primærlege i regionen sendes senter for behandling av sykkelig overvekt. Vurderingen gjennomføres (inkl. ev. nødvendig utredning) innen 30 virkedager. Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fastsettes en individuell behandlingsfrist. Hvis overvektstilbud ikke er aktuelt, returneres henvisning til primærlege med begrunnelse og ev. anbefaling om annen behandling.

Behandling i tre trinn

1. Behandlingen starter med et felles forberedende tilbud. Pasientene får, som et første trinn, tilbud om forberedelser til videre behandling. I forberedelsen er det viktig at pasientene får informasjon og innsikt i ulike behandlingstilbud, i egen situasjon og muligheter. Forberedelsene tilrettelegger for livsstilsendring med fokus på ernæring og kost, aktivitet og trening. Motivasjon og utvikling av selvforståelse vektlegges. Forberedelsene legger grunnlaget for videre behandlingstilbud i trinn 2 og oppfølging av behandlingen i trinn 3.
2. Når forberedelsene er gjennomført, vil senter for behandling av sykkelig overvekt henvise videre til neste trinn i behandlingen. På trinn 2 skisseres tre ulike behandlingstilbud: Kursenter, medisinskbehandling og kirurgisk behandling. Pasienter kan komme til å benytte kombinasjoner av ulike behandlingstilbud.
3. Oppfølgingen er en vesentlig del av behandlingstilbudet fordi det støtter opp under den iverksatte behandlingen og endringsprosessene. Oppfølgingen skal bidra til vedlikehold av vekt eller fortsatt vekttap. I overvektsbehandlingen betraktes oppfølging som en forutsetning for å lykkes med varig livsstilsendring. For spesialisthelsetjenesten er primærhelsetjenesten og frivillige organisasjoner vesentlige for et vellykket oppfølgingstilbud.

Behandlingsnivå

Modellen av senter for behandling av sykkelig overvekt har fem mulige forløp:

- pasienter som ikke har nytte av overvektsbehandling avslutter behandlingsforløpet under eller etter forberedelsen. Dersom det er mulig henvises pasienten til/anbefales et annet tilbud
- direkte overgang fra forberedelsestilbud til oppfølgingstilbud
- medisinsk behandling
- kursentertilbud
- kirurgisk behandling

2.5 Behandling i spesialisthelsetjenesten

Det overordnede målet for behandling av sykkelig overvekt er reduksjon av følgesykdommer, økt livskvalitet og bedre helse. Nedenfor beskrives forberedende behandling, kursenter, medisinsk behandling, kirurgisk behandling og oppfølgingstilbud.

2.5.1 Forberedelse

Pasienter som skal gjennomgå behandling for sykkelig overvekt skal gjennomføre et forberedelsesprogram.

Forberedelsesprogrammet skal sikre at:

1. Pasientene får innsikt i de ulike behandlingstilbudene og kan velge riktig behandling ut fra egne behov og muligheter
2. Behandlingsansvarlig får mulighet til å anbefale riktig behandlingsnivå

3. Starte endringsprosesser mot mer hensiktsmessige matvaner og aktivitetsmønstre
4. Legge grunnlag for og planlegge oppfølgingsprogram
5. Pasienter som ikke har nytte av overveiktsbehandling avslutter behandlingsforløpet under eller etter forberedelsen

Erfaring og forskning fra (livsstils-)endring viser at samtale- og treningsgrupper hvor pasienten møter andre i samme situasjon sammen med anerkjennende kursleder, har god læringseffekt og stimulerer til utviklingsprosesser som kan danne grunnlag for mer hensiktsmessige matvaner og aktivitetsmønstre (17, 40, 41).

Ved kirurgisk behandling kreves spesielle forberedelser

Dersom pasienten er i god fysisk form og psykisk forberedt til kirurgi forventes bedre resultat av behandlingen. Pasienter som skal opereres må tilbys en forbehandling hvor målet er å redusere operasjonsrisiko, sikre at pasienten har tilstrekkelig kunnskap om operasjonen og kunnskap om livsstilens betydning for å oppnå et godt langtidsresultat.

Hensikten med forberedelsene er en vektreduksjon på 5-10 % av utgangsvekt (reduere fettlever), og at pasienten er røykfri i minimum 6 uker før operasjonen.

Pasienten skal også informeres om den forestående operasjonen, spesialkost før og etter operasjonen, komplikasjoner på kort og lang sikt, postoperativt forløp og smertebehandling.

2.5.2 Kursenter

Behandlingen ved kursenter har som mål å bidra til at pasienten settes i stand til å gå inn i nødvendige endringsprosesser for å utvikle og opprettholde nytt forhold til kropp, mat og aktivitet. Behandlingen må oppleves som riktig og meningsfylt for personen selv.

Behandlingen må inneholde:

1. Mat og matvaner.
 - Praktisk læring om varevalg og innkjøp, organisering av måltider, porsjonsstørrelse og mengde
 - Teoretisk kunnskap om ernæringsinnhold og fysiologi
 - Praktisk trening i stressmestring relatert til mat
2. Bevegelse og fysisk aktivitet
 - program for bevegelse og trening som stimulerer treningslyst og mestringsopplevelse
 - arbeid med sensitivitetstrening, kroppsopplevelse, kroppsbilder og selvforståelse
 - undervisning i fysiologi og treningslære
3. Selvhjelp og endringsstrategier
 - arbeid med metoder for bearbeiding av opplevde problemer og livssituasjoner
 - teknikker for å skape forandring og øke evne til mestring
 - etablering av personlige relasjoner i små grupper

Behandlingen skal alltid:

- omfatte et langvarig oppfølgingstilbud
- planlegges, gjennomføres og evalueres i samarbeid mellom ulike fagpersoner med relevant kompetanse og erfarne brukere, dvs. personer som selv har gjennomgått omfattende livsstilsendring
- godkjennes av regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt

- rapportere og dokumentere resultater til regionalt senter for behandling av sykelig overvekt. Kursenteret må være villig til å delta i studier og forskning i regi av senter for behandling av sykelig overvekt.

Av de behandlingstilbud vi er kjent med i Norge og Norden i dag, er Ebeltoft Kurcenter det som ligger nærmest opp mot nye teorier innefor livsstilsendring. Det er fortsatt stort behov for forskning på denne og lignende modeller.

2.5.3 Medisinsk behandling

Medisinsk behandling av sykelig overvekt basert på kalorireduert kost, økt fysisk aktivitet, atferdsendring samt farmakologisk behandling, har vist at man på relativt kort sikt (under et år) kan oppnå en vektreduksjon på 5-10 %.

Behandling av overvekt og fedme lindrer symptomer heller enn helbreder. Det er viktig å informere pasienten om at selv en moderat vektreduksjon (5-10 %) kan gi en relativt stor helsegevinst med bedring av blodtrykk, insulinfølsomhet, samt lavere blodkonsentrasjoner av skadelige fettstoffer og glukose. Urealistiske forventninger om betydelig vektreduksjon kan vanskeliggjøre behandlingen.

Medikamentene orlistat eller sibutramin, kan forsøkes som en del av den medisinske behandlingen av sykelige fedme. Beskrivelsen av preparatene er ikke fullstendig, og preparatomtalen i Felleskatalogen bør være kjent av behandlende lege. Effekten av farmakologisk behandling av fedme er nylig omtalt i en dansk oversiktsartikkel (38).

Xenical® (orlistat)

Passer godt for pasienter med metabolsk syndrom. Det er viktig at pasienten i tillegg spiser 3 hovedmåltider per dag, og at det totale fett- og energiinntaket samtidig reduseres. Preparatet virker lokalt i tarmen; hemmer fettfordøyelse.

Dosering: 120 mg x 3 per dag.

Bivirkninger: Lokale fra mage/tarm hvis for mye fett; se preparatomtale

Kontraindikasjon: Malabsorpsjon

Interaksjoner: Se Felleskatalogen.

Dokumentasjon: Reduserer forekomst av type 2 diabetes; reduserer LDL kolesterol; kan bedre andre risikofaktorer.

Reductil® (sibutramin)

Passer godt for yngre pasienter som overspiser. Preparatet gir metthetsfølelse.

Dosering: 10 mg per dag; kan økes til 15 mg per dag.

Bivirkninger: Munntørrehet, økt blodtrykk og puls; se preparatomtale for flere.

Behandlingen bør avbrytes hvis økning i puls ≥ 10 slag per minutt eller ved økning av systolisk eller diastolisk blodtrykk ≥ 10 mmHg. Likeledes bør behandlingen avsluttes dersom blodtrykket stiger til $>145/90$ hos tidligere velkontrollerte pasienter ved 2 påfølgende kontroller.

Kontraindikasjoner: Tidligere alvorlig spiseforstyrrelse, hjerte- og karsykdom, bipolar lidelse, se preparatomtale for flere.

Interaksjoner: Se Felleskatalogen.

Dokumentasjon: Øker HDL kolesterol; kan bedre andre risikofaktorer.

Begge medikamenter

Respondere er pasienter som går ned 5 % eller mer i vekt de første 3 behandlingsmånedene. Disse kan bruke medikamentene videre for den godkjente behandlingsperioden (4 år for Xenical® og 1 år for Reductil®). Vekten øker vanligvis gradvis etter at pasienten har sluttet med medikamentet. En Cochrane-analyse av 16 randomiserte dobbeltblindede intervensjonsstudier med enten orlistat eller sibutramin, har nylig konkludert med at omtrent 15 % av pasientene som fullfører behandlingen kan oppleve et betydelig vekttap (>10 %) (38, 39).

Det kan være at man med en bedre organisering av overvektsbehandlingen kan oppnå bedre langtidsresultater. I dag trengs økt kunnskap og dokumentasjon på hva som er god medisinsk behandling, spesielt med tanke på å redusere behovet for kirurgi. Man antar at medikamentelle og andre behandlingsformer vil øke i årene framover, og at man i økende grad vil kunne tilby en behandling som er tilpasset pasientens type overvekt.

2.5.4 Kirurgisk behandling

Nye og forbedrede operasjonsmetoder har de siste 10 år gjort at stadig flere sykehus har valgt å tilby kirurgisk behandling for sykkelig overvekt. I Europa ble det i 2003 operert ca 40 000 pasienter, mens det i USA ble operert vel 100 000 pasienter, en dobling siden år 2000 (15).

Det finnes ulike kirurgiske metoder som benyttes ved sykkelig overvekt, og flere varianter av respektive metoder. I dag er det i hovedsak tre forskjellige operasjonsmetoder som benyttes. Disse beskrives kort nedenfor. I hovedtrekk skiller man mellom operasjoner hvor magesekken innskrenkes ved hjelp av et silikonbånd, og operasjoner hvor hoveddelen av magesekken kobles ut samt en utkobling av en kortere eller lengre del av tynntarmen. Operasjonene kan gjøres enten med laparoskopisk (kikkeshullskirurgi) eller åpen teknikk. Laparoskopisk kirurgi gir mindre behov for intensivovervåkning, mindre smerte, raskere rekonvalesens, kortere liggetid samt at pasientene har mindre risiko for å utvikle bukvegsbrokk. Ulempene er lengre operasjonstid, økte operasjonskostnader og lengre læringskurve.

En metaanalyse viser et vedvarende vekttap på henholdsvis 47 % etter gastric banding, 62 % etter gastric bypass og 70 % etter biliopancreatic diversion (BPD) (3). Artikkelen viser også at operasjonene fører til redusert blodtrykk, bedring av type 2-diabetes, samt bedring av søvnapné, dog i varierende grad alt etter hvilken operasjonsmetode som blir valgt. Dødelighet (mortalitet) er høyest ved biliopancreatic diversion (BPD) og lavest ved gastric banding. En må anta at mortaliteten vil være høyest ved oppstart av overvektskirurgi (bariatrisk kirurgi).

Virkemåte og bivirkninger er forskjellige for de ulike metodene. Valg av operasjonsmetode må derfor bero på avveining av den operative risiko, pasientens ønske, følgesykdommer (komorbiditet), spisevaner, motivasjon og kirurgens erfaring. Eksempler på bivirkninger er sure oppstøt, oppkast, "dumping syndrome", luftplager i magen, illeluktende avføring, diaré og underernæring for enkelte pasienter. Pasienter som er operert med gastric bypass eller BPD trenger tilskudd av vitaminer og mineraler resten av livet.

Nedenfor er de vanligste kirurgiske metodene beskrevet i grove trekk.

Gastric banding (adjustible band)

Mens man på 1980 tallet brukte uelastiske bånd for å avsnøre magesekken er det i dag utviklet flere typer justerbare silikonbånd. Etter plassering kan båndet justeres ved at veske settes inn i båndet for å minske åpningen. Båndet plasseres så høyt opp på magesekken at pasienten kun kan spise små mengder per måltid.

Operasjonen er forholdsvis enkel, med få alvorlige postoperative komplikasjoner og med kort liggetid. Problemene ved denne operasjonen er at båndet kan komme ut av stilling (dislokeres) og gi økt passasjehinder. I tillegg kreves hyppig oppfølging av kirurg. I de fleste store materialer har 30 - 50 % av pasientene blitt reoperert i løpet av de første 5 år (Personlig meddelse, Hans Lönroth, Göteborg).



Fig 2. Gastric banding (Ethicon®)

Gastric bypass (gastrisk bypass)

Operasjonen går i hovedsak ut på å minske magesekken til ca 30-50 ml samt å sjalte ut deler av tynntarmen, 1 til 3 meter, for å minske absorpsjon av næringsstoffer. Jo større del av tarmen som sjaltes ut, desto større er risikoen for mangelsykdommer (vitamin- og mineralmangel). Dette medfører at alle pasienter må tilføres vitaminer og mineraler daglig og kontrolleres med blodprøver resten av livet.

Gastric bypass kan benyttes til pasienter med sykkelig overvekt (obese og superobese). I større materialer gir den en reduksjon av overvekten (excess weight loss, EWL) på 60 - 80 %. Metoden gir ellers forholdsvis lite bivirkninger. I tillegg til et akseptabelt vekttap gir metoden en betydelig reduksjon av risiko for tidlig hjertedød, hypertoni, diabetes, muskel- skjelettsykdom mv. samt økt livskvalitet (16). Gastric bypass er den mest brukte operasjonen ved sykkelig overvekt i Norge i dag. Dødelighet (mortalitet) i løpet av de første tretti dager etter operasjonen er ca 0.5 %, men i en oppstartsfase vil den ligge noe høyere.

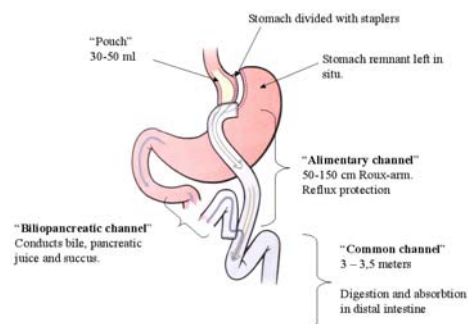


Fig 3. Gastric bypass (Landspítalinn, Ísland)

Biliopancreatic diversion, BPD (duodenal switch)

Dette er en operasjonsmetode hvor en større del av tarmen er sjaltet ut, i tillegg er ca 50% av magesekken fjernet. I de fleste studier er det denne metoden som gir størst vekttap og tilsvarende gode resultater vedrørende komplikasjoner (følgesykdommer) til pasientens overvekt. Langtidsresultatene er ikke like godt dokumentert som ved gastric bypass.

Operasjonen er noe mer omfattende og ressurskrevende enn de øvrige og gir mer bivirkninger som diare etc. Den egner seg spesielt til pasienter med BMI over 50 (3). Dødelighet (mortalitet) i løpet av de første tretti dager etter operasjon er ca 1 % (3).

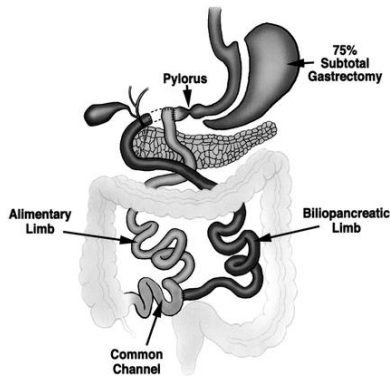


Fig 4. Biliopancreatic diversion (de Meester et al)

2.5.5 Oppfølging

Livsstilsendring griper inn i hele personens liv og er svært vanskelig å få til. Endringene i forhold til mat og fysisk aktivitet vil for mange kreve oppfølging over svært lang tid.

En forutsetning for å lykkes med varig endring er tilgang til personer og miljø som kan støtte opp under de utviklingsprosessene som er startet. Oppfølging er en del av overvektsbehandlingen og skal bygge på anerkjente teorier og metoder for utvikling, endring og stabilisering av forhold til mat, spising, bevegelse og trening.

Det anbefales oppfølgingstilbud som sikrer at pasienten får:

- hjelp til å knytte seg opp mot nettverk av personer i noenlunde samme situasjon, som jobber med noen av de samme utfordringene i form av nettverks-/selvhjelpsgrupper (ansikt-til-ansikt-, telefon- eller internettgrupper ev med web-camera).
- hjelp til å starte i meningsfulle treningsopplegg lokalt
- tilbud om veiledning/coaching.
- kontroll av vekttap og følgesykdommer.

Ansvar for etablering og oppfølging av selvhjelpsgrupper og tilrettelegging av treningstilbud kan legges til lokale lærings- og mestringssentre.

Kontroll etter kirurgi

Kontroll etter kirurgi har i tillegg til den generelle oppfølgingen som formål å kontrollere det umiddelbare postoperative forløp, oppdage komplikasjoner tidlig og behandle disse (18, 19, 20). Videre må oppfølgingen ivareta kontroll og forebygging av sene komplikasjoner (vitaminmangel, malabsorpsjon m.v.)

Kontrollen må organiseres slik at pasientene kontrolleres av det tverrfaglig teamet med relativt hyppige kontroller (poliklinisk, telefonisk). Behandling av denne pasientgruppen forutsetter spesiell kompetanse, derfor bør pasientene ha relativt lett tilgjengelighet til det tverrfaglige teamet.

2.6 Minimumskrav til kompetanse

Behandling av pasienter med sykelig overvekt er en tverrfaglig teamoppgave. I senter for behandling av sykelig overvekt anbefales følgende kompetanse:

Medisinsk ekspertise med spesiell interesse for behandling av pasienter med sykelig overvekt og de fedmerelaterte sykdommer som diabetes, hypertensjon, hyperlipidemi, metabolisk syndrom.

Kirurgisk team med ekspertise innen gastrokirurgi (minimum 2 kirurger). Da det kirurgiske behandlingstilbud bør individualiseres og avhenger av pasientens BMI, følgesykdommene samt risiko for komplikasjoner/bivirkninger, bør det kirurgiske team beherske flere metoder for å kunne tilby en skreddersydd løsning for den enkelte pasient.

Sykepleiefaglig ekspertise med bred kunnskap om fedmebehandling (før, under og etter) og følgesykdommene.

Den kirurgiske behandling bør følges av en gjennomgripende endring av livsførselen, noe som gjør det nødvendig at det tverrfaglige teamet har knyttet til seg personer med kompetanse til å lede grupper med fokus på endrings- og læringsprosessen. I tillegg må teamet ha tilgang på ernæringsfysiolog og fysioterapeut.

En vesentlig oppgave er å sikre en løpende kvalitetssikring og fagutvikling innenfor området. Derfor skal de individuelle pasientforløp dokumenteres og det skal foregå forskningsinnsats som f.eks. kan medføre utvikling av nye behandlingsmetoder.

Anestesiologisk kompetanse og døgnåpen intensivsenhet.

Tilgang på psykolog.

For kirurgisk behandling er det vesentlig for kvaliteten at senteret har et visst volum på aktiviteten. Gruppen anbefaler et minimum på 40 operasjoner per år.

Pasienter og pårørendes erfaringer med sykelig overvekt og behandlingstilbudene er en kilde til forbedringer av helsetjenestene både på individ- og systemnivå. Det må derfor tilrettelegges for brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av behandlingstilbudet.

2.7 Krav til utstyr

For å kunne opprette et behandlingstilbud ved sykelig overvekt er det nødvendig med møbler, utstyr for undersøkelser og behandling som er tilpasset pasientgruppens vekt og størrelse.

Regionalt senter for behandling av sykelig overvekt

Pasienter som skal opereres for sykelig overvekt kan veie over 250 kg. Dette medfører en svær belastning på sykehuspersonalet om ikke utstyret er optimalisert. Det anbefales derfor at sykehus som skal operere så tunge pasienter blir utstyrt med:

Stoler og lenestol/sofa som er 80-100 cm bred. Senger med elektrisk regulering, sengeheis, undersøkelsesbenk, bred blodtrykkmansjett, pasientvekt opp til 300 kg og en rullestol dimensjonert for pasienter med sykelig overvekt. I tillegg anbefales gulvmonterte toalettstoler framfor veggmonterte.

Det er nødvendig med operasjonsbord som tåler ≥ 250 kg i alle posisjoner. For den laparoskopiske kirurgien behøves et langt 30° laparoskop og lange laparoskopiske instrumenter. I tillegg behøves heis for å løfte pasienten fra operasjonsbordet til sengen. Den samme heisen kan også brukes ved avdelingen for mobilisering. Annet utstyr kan være nødvendig vurdert ut i fra den lokale utstyrsparken på operasjonsstuen ved det enkelte sykehus.

For sykehus som skal drive overvektkirurgi anbefales en computertomograf som tåler minst 200 kg.

Kursenter

I tillegg til tilpassede møbler har pasientgruppen behov for gymnastikksal, svømmebasseng, treningskjøkken og et uteareal som egner seg for fysisk aktivitet.

3 Forskning og fagutvikling.

Arbeidsgruppen mener det er viktig med forskning på kirurgisk og konservativ behandling av sykkelig overvekt, både på nasjonalt plan og regionalt. Det viktigste i denne sammenheng er å opprette et nasjonalt register.

Arbeidsgruppen ser ikke på det som sin oppgave å detaljstyre forskningen, verken regionalt eller nasjonalt. Det er imidlertid viktig å kunne evaluere de forskjellige metodene både innenfor kirurgisk behandling og konservativ behandling. Vi ser også at disse to metodene kan evalueres opp mot hverandre. I tillegg er det viktig å se på hvilke økonomiske konsekvenser sykkelig overvekt har for samfunnet. Særlig etterspørres den økonomiske gevinsten når kostnadskrevede tiltak vurderes. Det er viktig å opprette stillinger (eksempelvis en forskningssykepleier) på hvert senter som skal ivareta registrering av resultater forbundet med behandling og forskning.

3.1 Nasjonalt kvalitetsregister

Det har de siste tiårene ikke vært noe reelt behandlingstilbud til mennesker med sykkelig overvekt. Økt forståelse for fedmens kompleksitet og konsekvenser, samt forbedrede behandlingsmetoder, gjør at forebygging og behandling av fedme blir prioritert i tiden fremover. Videre gir noen sykehus kirurgisk behandling til pasienter som ikke kommer til målet med konservativ behandling. Fagdirektørene ved de regionale helseforetak ba i november 2004 om at data fra pasienter som behandles for sykkelig overvekt blir registrert i et felles, nasjonalt kvalitetsregister. Det legges derfor opp til registrering i minst ti år da data om komplikasjoner, morbiditet og mortalitet vil være essensielt for evaluering. Det kan nevnes at det ved visse sentra i USA har vært opp til 20 % mortalitet ved oppstart av kirurgi ved sykkelig overvekt.

Metodeevaluering

Registeret vil inkludere pasienter som gjennomgår ulike behandling. Dette vil på sikt gi grunnlag for å evaluere effekt og bivirkninger av ulike metoder. Dette kan også gi innsikt i om en behandlingsform vil være å anbefale for alle pasienter, eller om man på grunnlag av andre pasientdata bør anbefale pasienten én spesiell behandling innen hovedgruppene av behandlingsmetoder:

- Kursenter
- Medisinsk behandling
- Kirurgisk behandling

Kvalitetskontroll

Registeret vil gi grunnlag for kvalitetskontroll mellom ulike behandlingstilbydere. Dette er særlig relevant ved kirurgisk behandling, hvor komplikasjoner kan være alvorlige. Per i dag utføres kirurgisk behandling ved sju sykehus.

Forskning

Pasientregister basert på en bredt anlagt datainnsamling vil bli gjenstand for betydelig forskningsvirksomhet fra flere faggrupper. Databasen vil bl.a. kunne besvare spørsmålsstillinger av interesse for kirurger, endokrinologer, sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer, samfunnsvitere og idrettsfysiologer. Registeret vil kunne gi grunnlag for en rekke internasjonale publikasjoner.

Organisering

Registeret foreslås lagt til St Olavs Hospital. IT-infrastruktur er utviklet av Enhet for anvendt klinisk forskning, Medisinsk Fakultet/NTNU. I den forbindelse må det opprettes:

- Leder for pasientregister
- Styringsgruppe for prosjektet
- En ressursgruppe tilknyttet registeret
- Ansvar for drift og daglig vedlikehold av pasientregisteret

4 Ventetid og kapasitet

I Norge finnes det mer enn 20 000 pasienter med sykelig overvekt. Dette tallet er lavt beregnet (1). En stor andel av disse pasientene tilfredsstiller kriteriene for kirurgisk behandling.

	Antall henvisninger/pasienter på venteliste	Beregnet operasjonskapasitet for 2005
Helse-Sør	500	40
Helse-Vest	200	25
Helse-Øst	500	60
Helse-MidtNorge	200	80
Helse-Nord	160	50
Totalt	1560	255

Tabellen viser venteliste til kirurgisk behandling for noen regionale helseforetak. For andre inneholder tabellen både henvisninger og venteliste for kirurgisk- og konservativbehandling.

Med den planlagte operasjonskapasiteten for 2005, vil mange pasienter som oppfyller kriteriene for kirurgisk behandling ikke kunne tilbys operasjon før om flere år. Arbeidsgruppen har diskutert ulike måter å løse problemet med mangelen på operasjonskapasitet: Mange pasienter kommer inn under indikasjoner for kirurgisk behandling, men kan likevel ikke tilbys slik behandling innen en rimelig ventetid i alle regioner.

Det konservativ og kirurgiske behandlingstilbudet for sykelig overvekt er nyetablert eller under etablering. Tilbudet er sannsynligvis ennå ikke tilstrekkelig kjent hos brukergruppene, og en må derfor forvente at tilstrømningen av henvisninger vil øke ytterligere.

Arbeidsgruppen anser kravet til individuell behandlingsfrist tilfredstilt når pasienten inkluderes i en forberedende behandling (trinn 1 av behandlingen). Det er av positiv betydning for en

vellykket behandling og for langtidsresultatet, at pasienten gjennomgår en periode med mental og fysisk forberedelse.

Behandling i utlandet

Flere pasienter har gjennomgått kirurgi for sykkelig overvekt i utlandet 2004. Noen har utviklet alvorlige og livstruende komplikasjoner. Komplikasjonene har ikke alltid blitt tilfredsstillende håndtert og noen pasienter har kommet hjem før komplikasjonene er blitt oppdaget.

Komplikasjonene har nødvendiggjort nye inngrep, påført pasientene store lidelser og lagt beslag på mye intensivkapasitet ved det enkelte sykehus.

Selv om man må regne med at alvorlige komplikasjoner også kan oppstå ved operasjoner i Norge, er forutsetningene annerledes med en kontinuitet i behandlingsskjeden. Om det ikke satses tilstrekkelig regionalt for å skaffe erfaring og bygge opp et behandlingstilbud, vil man heller ikke utvikle nasjonal og regional ekspertise for å kunne håndtere alvorlige komplikasjoner.

Den kirurgiske behandlingen er bare en del av behandlingen, oppfølging vil fortsette i mange år. Dessuten kan det oppstå senkomplikasjoner etter kirurgi. Derfor er det viktig at de enkelte deler av behandlingsskjeden er samordnet. Dette er vanskelig å oppfylle om pasienten sendes til utlandet for kirurgi. Dette til tross erkjenner arbeidsgruppen at et fåtall pasienter, på grunn av sykkelig overvekt og alvorlige følgesykdommer, bør tilbys operasjon i utlandet - i og med at vi ennå ikke har kapasitet til å gjøre dette i Norge innen den tidsfrist som anses som medisinsk forsvarlig. Dette anbefales i en overgangsperiode og for pasienter med mest alvorlig fedmerelatert sykdom.

Arbeidsgruppen vil signalisere at operasjonskapasiteten kan økes nasjonalt dersom økte økonomiske ressurser stilles til disposisjon.

5 Økonomiske vurderinger

5.1 Helseøkonomi

Det er i dag utført mest forskning på kirurgisk behandling for pasienter med sykkelig overvekt. For den enkelte pasient kan nytten av kirurgi evalueres ut i fra størrelsen på vektøstet (målt i % tap av overvekt, % EWL), kurasjon / bedring av komorbiditet (følge-/tilleggssykdom pga fedme) og bedring i livskvalitet. Endringene må være langvarige, fortrinnsvis livslange. Metoder som jejunioleal bypass, gastric bypass og biliopancreatic diversion (BPD) gir gode langtidsresultat (> 10 år, for noen > 20 år oppfølging) når det gjelder vedvarende vektøstet og kurasjon av komorbiditet (22, 23, 24). Livskvalitetsstudier er relativt nytt i kirurgisk praksis og langtidsresultat har vært etterlyst. De publikasjoner som foreligger tyder imidlertid på at den bedringen i livskvalitet som pasienten opplever, som en følge av vektøstet etter kirurgi, vil vedvare forutsatt et adekvat vektøstet uten vektøkning, og uten alvorlige bivirkninger pga kirurgien (25, 26, 27).

Det har lenge vært kjent at type 2-diabetes hos pasienter med alvorlig overvekt kan kureres med kirurgi, og at dette reduserer dødelighet hos denne gruppa sammenliknet med konservativ behandling (13). En nylig publisert studie viser at en ved kirurgi også kan redusere komplikasjoner og bivirkninger og dødelighet hos pasienter med sykkelig overvekt som ikke har kjent komorbiditet ved inklusjon, sammenliknet med konservativ behandling (14).

Å evaluere kostnad / nytte for denne fedmebehandling i et samfunnsøkonomisk perspektiv er komplisert. I Swedish Obese Subjects Study (SOS) ser det ut til at i gruppen behandlet med kirurgi blir sykemeldinger, uføretrygd og medisinstgifter til behandling av type 2-diabetes og hjerte-/karsykdom redusert, mens sykehusutgifter og utgifter til medisin grunnet bivirkninger av

kirurgi øker. Samlet sett, for kostnader til medisinbruk kommer de to gruppene ut omtrent likt etter 6 år (28). I SOS er de fleste pasientene operert med gastric banding og vertical banding gastroplasty (VBG), kun ca 13 % av pasientene er operert med gastric bypass, - ingen med BPD og vekttafet samlet sett 8 år etter kirurgi er kun moderat (gjennomsnittlig vekttafet = 16 %, tilsvarende om lag 26 % EWL) (29, 30). I en britisk rapport basert på litteratur publisert fram til 2002 konkluderer en med at kirurgisk behandling er samfunnsøkonomisk nyttig sammenliknet med konservativ behandling (31). I en nylig publisert studie frå Canada, med oppfølgingstid 5 år og % EWL på det tidspunkt 67 % konkluderes med at kirurgien ga klar samfunnsøkonomisk gevinst, og at utgiftene ved kirurgi ble hentet inn allerede 3.5 år etter operasjon (32). Dette er rimelig i samsvar med tidligere estimat som gikk ut på at utgifter ved kirurgi kunne hentes inn etter 4 år (33).

Det er grunn til å tro at den samfunnsøkonomiske nytten ved behandling av sykkelig overvekt vil variere ut fra faktorer ved den enkelte pasient og type behandling fordi vekttafet og prosent kurasjon av komorbiditet vil variere mellom de ulike behandlingene (3). Dess yngre, mer overvektig og mer komorbiditet pasienten har, og dess større vekttafet og høyere prosent kurasjon av komorbiditet en oppnår med den behandling en utøver, dess større helseøkonomisk gevinst, forutsatt at det ikke oppstår komplikasjoner.

5.2 Refusjonsordninger

Kostnader ved operasjon og kirurgiske takster

Arbeidsgruppens beregninger anslår sykehusopphold til å koste omkring 90 000 kr for gastric bypass. Ved utenlandsbehandling ligger kostnadene på 110 000-130 000 kr per operasjon. Refusjonene for de ulike kirurgiske metodene som er benyttet i behandling av sykkelig overvekt må være i samsvar med de reelle kostnadene. Per i dag er disse inngrepene underfinansierte, med en DRG-refusjon 288A, vekt 1,78: som gir kr 32 387 (60%/2005) uansett hvilken metode som benyttes. Tre typer inngrep kan være aktuelle (BPD, gastric bypass og justerbart gastric band). Det er forskjell i kostnader mellom disse inngrepene og refusjonene må derfor differensieres ut fra type inngrep. I tillegg må det differensieres mellom åpen og laparoskopisk operasjon.

Dersom komplikasjoner skulle oppstå kommer utgifter til dette i tillegg, og slike refusjoner må differensieres ut i fra hvilken type komplikasjon(er) det er snakk om.

Biliopancreatic diversion (BPD) er en metode som er ny i Norge og som derfor ikke er oppført med egen operasjonskode i ”Klassifisering av kirurgiske inngrep, klinisk prosedyrekodeverk” utgitt av KITH Statens helsetilsyn. Det bør lages slik kode, og operasjonen bør kunne spesifiseres i BPD Scopinaro og BPD duodenal switch (BPD/DS). Videre må disse operasjonskodene kunne kobles mot diagnosekode E 66.8 sykkelig overvekt.

Medisinske takster for inneliggende pasienter eller dagpasienter (DRG)

I ICD-10 er fedme klassifisert i eget kapittel *Fedme og annen overernæring eller hyperalimentasjon (E65-E68)*. Diagnosen *E66.8 Annen spesifisert fedme (Sykkelig fedme)* gir i dag 0,59 DRG som inneliggende og 0,15 DRG som dagpasienter. Takster tilsvarende DRG takst Z50.89 (0,12 DRG) må kunne nyttes når man definerer iverksatte tiltak som rehabilitering. Tilsvarende benyttes hos KOLS (lunge) pasienter.

Kostnader ved kursenter

Inntekten til norske kursentra er basert på refusjon fra Rikstrygdeverket og egenandel betalt av pasienten. Pasientene betaler i 2004 kr 120,- per døgn, mens størrelsen på refusjonen som de ulike sentra får fra Folketrygden varierer ut i fra faglig kompetanse, fasiliteter og delvis tradisjon.

Samlet kurdøgnpris (egenandel + refusjon fra Folketrygden) ved norske trenings / rehabiliteringssenter varierer derfor mellom 900,- til 1800,- kroner per døgn (34).

Det har tidligere vært Rikstrygdeverket som har betalt for opptreningsinstitusjonene (35). Frå 2004 betaler de Regionale helseforetakene 40 % av kurdøgnpris, og Rikstrygdeverket 60 %. Andelen som de regionale helseforetakene betaler skal økes slik at den i 2006 skal være 100 %

Polikliniske takster

Dagens opplæringstakst (A99) er for lav. I forberedelsesprogrammet forutsettes tre moduler a 10 timer. Disse forutsettes å kunne utløse opplæringstaksten 3 ganger.

Tiltakene som iverksettes er tverrfaglige. For mange av pasientene vil det også innbefatte tiltak for rehabilitering (til arbeidslivet). RTV takstene må gjenspeile dette.

Refusjon av utgifter til legemidler

Det er per i dag ingen refusjonsordning for legemidler til spesifikk behandling av sykkelig overvekt (orlistat, sibutramin). Årskostnader er ca. kr 8000,- for begge medikamentene. (Dersom pasienten har sykdom relatert til overvekten, kan kostnader på minst kr 6100 i året gi mulighet for særfradrag. Pasienten må redegjøre for utgiftene, samle på kvitteringer og vedlegge legeattest.)

Gruppen anbefaler sterkt at pasienter som inngår i et anbefalt behandlingsregime, får bidrag til disse og lignende medikamenter etter Folketrygdlovens § 5.22. Dette bidraget bør også omfatte utgifter til vitaminer, sporstoffer og ernæringsdrikker, som bør være på blå resept for pasienter som inngår i et langvarig behandlingsprogram for alvorlig fedme. I dag avgjøres dette av de lokale trygdekantor, noe som bør endres slik at en sikrer at alle som er operert og/eller er under behandling for sykkelig overvekt, får et likeverdig tilbud uavhengig av hvor de bor.

Det bør også vurderes å gi denne pasientgruppen ”blå resept” på årskort ved treningscenter.

Vedlegg: Status i regionene fram til 2005

Helse-Vest, ved Helse Førde, begynte med kirurgi for sykkelig overvekt (bariatrisk kirurgi) i 2001. Fram til november 2004 er totalt 70 pasienter operert ved åpen teknikk. St Olavs Hospital har fra 2003 utført 55 laparoskopiske og 8 åpne operasjoner. Aker Universitetssykehus har i 2004 operert 30 pasienter ved laparoskopisk teknikk. Også andre sykehus har operert pasienter, men generelt har tilbudet i de øvrige helseforetak vært begrenset.

Effekten av konservativ behandling er mangelfullt dokumentert. Dette reflekteres i en faglig uenighet om hvordan slik behandling skal utformes. Et liknende tilbud som ved kursenteret i Ebeltoft i Danmark; med gjennomgripende og langvarig livsstils- og kostholdintervensjon, finnes ikke i Norge. Likevel har flere ulike miljø innen spesialisthelsetjenesten de siste årene skaffet seg god erfaring av behandling av sykkelig overvekt. Eksempelvis:

Ullevål universitetssykehus, klinikk for forebyggende medisin

Sykehuset Innlandet, Kongsvinger

Forebyggingsverkstedet, Aker universitetssykehus

Betanien spesialistsenter, Diabetes og overvektsklinikk, Oslo

Alle de fem helseregionene har i løpet av 2004 etablert tilbud for behandling av sykkelig overvekt. Status per i dag for tilbud og planer om videre utvikling er følgende:

Helse Nord

1. september 2004 ble det etablert et Adipositassenter ved Nordlandssykehuset, Bodø.

Adipositasteamet består per i dag av en koordinerende sykepleier, en indremedisiner og to kirurger. Til teamet kan det tilknyttes ernæringsfysiolog, fysioterapeut, sosionom og psykolog etter behov.

Alle henvisninger sendes til adipositas teamet, hvor de registreres og vurderes i forhold til BMI, relaterte sykdommer/følgesykdommer og risikofaktorer. Alle pasienter som får tilbud om behandling møter til to dagers utredning på dagposten ved medisinsk avdeling, eventuelt med opphold på pasienthotellet.

Pasientene vurderes ut fra følgende grupper:

1. Ikke egnet til kirurgisk behandling.
2. Egnet til kirurgisk behandling men forutsetter langvarig forbehandling på kurcenter.
3. Egnet til kirurgisk behandling etter 3-6 ukers forbehandling.

Alle pasienter følges opp av adipositasteamet med første kontroll 1 måned etter operasjon. Deretter er det kontroll hver 3. måned første år, hver 6. måned 2. år, heretter en gang i året opptil 10 år.

Helse Nord har ca 160 på venteliste per desember 2004. I 2005 skal 50 pasienter opereres inkl. forberedelser og oppfølging. I 2004 er det beregnet å operere 16 pasienter, overveiende gastric bypass men også enkelte gastric banding. Det er mulig å fordoble kapasiteten forutsatt økte ressurser. Metoden som benyttes er i hovedsak laparoskopisk.

Helse Midt-Norge

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i oktober 2004 at det skal iverksettes behandlingstilbud til barn og voksne med sykkelig overvekt. Styret har vedtatt "Handlingsprogram for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt". Videre er det vedtatt at det skal gjennomføres kirurgisk behandling av 80 pasienter i 2005. Forberedelser og oppfølging til det kirurgiske tilbudet er under utvikling i samarbeid med blant annet lærings- og mestringsentra.

Helse Midt-Norge har 150 pasienter på venteliste. Fra og med 2004 opereres pasienter ved St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag (Levanger sykehus) og ved Helse Sunnmøre (Ålesund sjukehus). St Olavs Hospital leder nettverket for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt i Midt-Norge. Metoden som benyttes i regionen er laparoskopisk gastric bypass. Det er mulig å øke kapasiteten til 140 operasjoner per år forutsatt økte ressurser.

Det konservative tilbudet til personer med sykkelig overvekt er under utvikling. Videre skal det iverksettes forebyggende arbeid på området. Forskning og utviklingsarbeid skal ivaretas. I 2005 skal det opprettes ett senter med tverrfaglig team som har ansvaret for behandling av sykkelig overvekt i regionen.

Helse Øst

Regionalt senter for adipositasbehandling ble etablert ved Aker Universitetssykehus sommeren 2004. Det ble da etablert team som består av tre kirurger, indremedisinere, ernæringsfysiolog, sykepleiere, lærings og mestringscenter, forskningssenter etc. I dag er det etablert en egen poliklinikk for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt. Poliklinisk team består av, kirurg, ernæringsfysiolog, forskningssykepleier og sekretær. Disse går igjennom henvisninger og tilkaller andre deler av adipositassteamet til konsultasjoner ved behov.

Aker Universitetssykehus har over 300 pasienter på venteliste som er henvist til kirurgisk behandling (per desember 2004). Aker har poliklinisk oppfølging etter kirurgi med første kontroll etter en måned, deretter hver tredje måned i 2 år. Etter dette kontrolleres pasientene en gang i året. Lærings- og mestringscenteret vil i tillegg arrangere egne kurs. Det er etablert samarbeid med Tonsåsen rehabiliteringsinstitusjon. Tilbudet skal likne modellen ved Ebeltoft, men også være forberedelse og oppfølging etter kirurgi hos enkelte pasienter. Overvektspoliklinikken på Kongsvinger har medisinsk faglig ansvar for behandlingen på Tonsåsen.

Metoden er i hovedsak laparoskopisk Gastric bypass (90 %). Laparoskopisk duodenal switch utføres i 10 % av operasjonene.

Det er inngått avtale med Helse Øst om 60 operasjoner i 2005 og i de kommende årene, men det er mulighet for økning av antall operasjoner til over 80-100 ved Aker Universitetssykehus, forutsatt økte ressurser fra Helse Øst.

Helse Vest

Regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt er etablert ved Helse Førde, Førde sentralsjukehus (FSS). Ved FSS har en siden 2001 operert 20-25 pasienter per år. Operasjonskapasiteten kan økes noe med økte ressurser. Det gis tilbud om kirurgisk behandling med følgende prosedyrer: BPD/DS og gastric bypass, åpen operasjon. De fleste pasientene er superobese (BMI > 50), og BPD/DS har vært den mest brukte metoden.

Helse Vest har inngått avtale med Ebeltoft Kurcenter i Danmark (pilotprosjekt for 2005). Det skal være et eget oppfølgingstilbud i opptreningsinstitusjonen Haugland i samarbeid med Ebeltoft. Avtalen som er inngått med Ebeltoft er for to grupper a 24 pasienter, som skal til forberedelse ved Ebeltoft og ettervern ved Haugland. Helse Vest planlegger å operere 25 pasienter i 2005. Helse Vest har 200 pasienter på venteliste.

Helse Sør

Det regionale senteret for fedmebehandling er lagt til Sykehuset i Vestfold HF. Det er dannet en prosjektgruppe som bla. skal kartlegge behovet for behandling og behandle.

Det er også etablert en styringsgruppe, en referansegruppe og en arbeidsgruppe. Sistnevnte består av en ernæringsfysiolog, kirurg, sykepleier, anestesilog indremedisiner, fysioterapeut, rådgiver, sekretær og prosjektleder

Pasienter med BMI > 40, eller > 35 med komorbiditet kan henvises fra fastlegen.

Tilbudet omfatter både kirurgi og konservativ behandling.

Behandling består av tre trinn: Forberedelse, behandling og oppfølging.

Overvektsprosjektet har ansatt $\frac{1}{2}$ endokrinolog, $\frac{1}{2}$ allmennlege, 1 ernæringsfysiolog, $\frac{1}{4}$ fysioterapeut, 1 prosjektsekretær (legesekretær for organisering) og en prosjektleder. Kirurgene er tilknyttet, men ikke ansatt i prosjektet pr. dags dato.

Oppgave: Forberede, medisinsk behandle, operere og følge opp pasientene.

Man håper at mange pasienter kan unngå/utsette operasjon gjennom forberedelsene.

Kompetansesenteret samarbeider med fastleger og brukerorganisasjoner, og ønsker samarbeid med Lærings- og mestringssenter, LMS (ett LMS i hvert sykehus).

Helse Sør har per januar mottatt ca 500 søknader og for 2005 er det planlagt 40 operasjoner.

Metoden er i hovedsak laparoskopisk gastric bypass. Kapasiteten kan økes avhengig av prioriteringer.

Litteratur

- 1 Sosial- og helsedirektoratet Rapport IS-1150.
- 2 Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *Lancet* 2003; 362: 903-8
- 3 Buchwald HB, Avidor Y, Braunwald E et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-37.
- 4 Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report WHO consultation on Obesity. WHO Technical Report Series, No 894, 2000
(websites: WWW:iotf.org/publications)
- 5 Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults – The Evidence Report. National Institutes of Health, U.S.A. NIH Publication No 98-4083, Sep 1998. *Obes Res* 1998; 6(suppl 2): 51S-210S.
- 6 Executive summary of the clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. *JADA* 1998; 98: 1178-91.
- 7 Glenny AM, O'Meara S, Melvilla A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: A systemic review of the literature. *Int J Obes* 1997; 21: 715-35.
- 8 Steinbrook R. Surgery for Severe Obesity. *N Engl J Med* 2004; 350: 1075-77.
- 9 Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement March 25-27, 1991
http://consensus.nih.gov/cons/084/084_statement.htm
- 10 Sullivan M, Karlsson J, Sjøstrøm L et al. Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17: 503-12.
<http://www.helse-vest.no/sw9529.asp>
<http://www.kuren.dk/>
- 13 Macdonald KG, Long SD, Swanson MS, Brown BM, Morris P, Dohm GL, Pories WJ. The gastric bypass operation reduces the progression and mortality of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 213-20.
- 14 Christou NV, Sampalis JS, Liberman M et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004; 240: 416-24.
- 15 R. Weiner et al. The World Congress of Endoscopy 2004.
- 16 Marema et al. World Congress of Endoscopy 2004.
- 17 Dette er tilnærminger som brukes både innefor hjerterehabilitering og diabetesopplæring i dag, hvor livsstilsendring er det sentrale tema.
- 18 Diabetes and Obesity: Time to Act; International Diabetes Federation 2004
- 19 Overfed and Underfed: The Global Epidemic of Malnutrition; Worldwatch Paper 150, Worldwatch Institute 2000
- 20 WHO World Health Report 2002; World Health Organization 2002
- 21 SMM-rapport 1/2003. Kirurgisk behandling av ekstrem/sykkelig fedme. Senter for medisinsk metodevurdering, 2003.
- 22 Deitel M, Shahi B, Anand P et al. Long-term outcome in a series of jejunoileal bypass patients. *Obes Surg* 1993; 3: 247-52.
- 23 Fisher BL, Barber A. Gastric bypass procedures. In: Deitel M, Cowan GSM jr, ed. Update: Surgery for the morbidly obese patient. Toronto: FD-Communications Inc. 2000: 139-145
- 24 Scopinaro N, Adami GF, Marinari G et al. Biliopancreatic diversion: two decades of experience. In: Deitel M, Cowan GSM jr, ed. Update: Surgery for the morbidly obese patient. Toronto: FD-Communications Inc. 2000: 227-58.

- 25 Sullivan M, Karlsson J, Sjøstrøm L, Taft C. Why quality-of-life measures should be used in the treatment of patients with obesity. In: International Textbook of Obesity (Ed P. Bjørntorp). Chichester, New York, etc: Wiley 2001, pp 485-510.
- 26 Våge V, Solhaug JH, Viste A, Bergsholm P, Wahl AK. Anxiety, depression and health related quality of life after jejunioileal bypass. *Obes Surg* 2003; 13: 706-713.
- 27 Marinari GM, Murelli F, Camerini G et al. A 15-year evaluation of biliopancreatic diversion according to the Bariatric analysis reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg* 2004; 14: 325-8.
- 28 Personlig meddelelse, Kristina Narbro, RN, Phd, SOS, Göteborg.
- 29 Sjøstrøm CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from the Swedish obese subjects study. *Growth Hormone & IGF Research* 2003; 13: S 22-6
- 30 Torgerson JS, Sjøstrøm L. The Swedish Obese Subjects (SOS) study – rationale and results. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25 (Suppl 1): S2- 4.
- 31 Clegg AJ, Colquitt J, Sidhu MK, Royle P, Loveman E, Walker A. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of surgery for people with morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2002; 6(12): 1-153.
- 32 Sampalis JS, Liberman M, Auger S, Christou NV. The impact of weight reduction surgery on health care costs in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2004; 14: 939-47.
- 33 Kral J. Surgical treatment of obesity. In Wadden TA, Van Itallie TB, eds. *Treatment of the seriously obese patient*. New York, Guilford Press, 1995: 496-506.
- 34 Eilif Rytter et al. Gjennomgang av det faglege tilbudet i opptreningsinstitusjonene. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og Helsedirektoratet. Februar 2004.
- 35 Folketrygdlova § 5-20, kapittel 5.
- 36 Erlichman J, Kerbey AL, James WPT. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. *Obesity Reviews* 2002; 3: 273-87.
- 37 James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rössner S, Saris WH, Van Gaal LF for the STORM Study Group. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 2119-25.
- 38 Svendsen OL. Farmakologisk behandling av fedme. *Ugeskr Læger* 2004; 166: 3814-7
- 39 Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2003*.
- 40 Oestrich Iren, Holm Lennart. Kognitiv miljøterapi. At skapa en behandlingsmiljø i likværdigt samarbeide. Lund, Studentlitteratur, 2003.
- 41 Grendstad NM, Å lære er oppdage. Prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk. Didakta Norsk Forlag, Oslo 1995.