

# Vem ska ta hand om de allt flera feta?

## Nu behövs politiska insatser och samarbete inom vården



**STEPHAN RÖSSNER**, professor emeritus, Karolinska institutet, Stockholm  
stephan@rossner.se

Det har blivit alltmera trivialt att itera oron för fetmaepidemin och dess globala konsekvenser. Gång på gång har det framhållits att detta kommer att bli en av vår tids stora epidemier och att beredskapen för att förebygga är närmast obefintlig och beredskapen för att behandla otillräcklig – och definitivt lågprioriterad.

För några år sedan skrev jag och Karin Vågstrand en debattartikel i Läkartidningen om vem som hade det strategiska ansvaret för fetmaepidemin [1]. Vi kunde då konstatera att det inte finns något sammanhållet ansvar i Sverige. Vissa landsting beskrev tex att man »bevakar problematiken och följer utvecklingen«. Speciellt inriktade behandlingsenheter fanns dock knappt någonstans i Sverige.

Sedan dess har ingenting hänt som har förändrat situationen.

**Fetmakirurgi framstår** därför alltmer som ett behandlingsalternativ, om än reserverat för de tyngsta patienterna. Fetmakirurgin har, med relativt låg komplikationsrisk, betydande hälsofrämjande effekter. Det gäller inte bara fetmans vanligaste följeslagare, metabola syndromet, utan även livskvalitet och vissa tumörformer [2].

**SBU:s rapport** från hösten 2013 om kostbehandling av fetma är en ambitiös genomgång av det vetenskapliga underlaget för befintliga kostråd. Rapporten sammanfattar vad man redan tidigare anade: i korttidsperspektivet finns vissa skillnader mellan olika behandlingsformer, men efter 2 års uppföljning saknas data som kan belägga huruvida en behandlingsform är bättre än någon annan [3].

Vad som framkommer av rapporten är dock att det egentligen inte spelar någon roll vilken behandlingsform man väljer, flertalet deltagare i behandlings-

programmen fullföljer dem ändå inte på avsett sätt. I undersökningar där man jämfört långtidsresultaten har det varit möjligt att beräkna en förväntad vikt-nedgång baserad på utgångsvikten och energiunderskottet över tid. Den bistra verkligheten är att praktiskt taget inga patienter uppnår denna förväntade vikt-nedgång, vilket med all sannolikhet beror på att patienterna inte gör som de blivit instruerade.

**»Fetman har fortsatt att öka ... och dess komplikationer är i dag en tung utgiftspost i vården.«**

**Även om kunskapen** om de skilda behandlingsformerna har ökat, kvarstår frågan om vem som ska sköta behandlingen. Primärvården verkar ha sviktat, och intresset förefaller lågt. Fetmakirurgi ses ibland som ett olustigt alternativ. Det finns en osäkerhet beträffande effekten av de befintliga, kommersiella och ofta lekmanaledda programmen – men för praktiskt bruk finns ju i dag egentligen inga alternativ.

**Situationen i USA** beskrivs i en artikel i New England Journal of Medicine. Författarna anser att primärvården måste ha det framtida ansvaret för att hantera fetmaproblematiken [4]. Detsamma borde rimligtvis gälla även i Sverige. Men allmänläkare identifierar inte problemet och har inte intresse, tid och kompetens för att behandla överviktiga och feta [5, 6]. Läkarutbildningen har traditionellt varit koncentrerad på behandling av akuta sjukdomstillstånd.

Inför framtiden måste man dock fokusera mer på de kroniska sjukdomarna, som kommer att dominera vårdpanoramats och kräva helt nya utbildnings- och behandlingsstrategier.

Författarna menar att alla blivande läkare behöver grundläggande fysiologiska kunskaper om fetmans patologi, bättre utbildning i näringslära, kompetens att bli genomföra motiverande samtal och förmåga att hantera livs-stilsfrågor [4].

**Fetmaproblematik finns** inom praktiskt taget varje klinisk specialitet och handlar inte bara om invärtesmedicin och endokrinologi utan om pediatrik, ortopedi, kirurgi, otorinolaryngologi, lungmedicin, dermatologi och, självfallet,



**Fetma är ett globalt problem som drabbar hårt, även i Sverige.**

Foto: Colourbox

också psykiatri. Kraven på multidisciplinärt samarbete är stora och inkluderar läkare, sköterskor dietister och kuratorer.

Attityden till problemet måste radikalt förändras. Politiker, vårdadministratörer och vårdpersonal har genom åren uppvisat ett ointresse för att ta fetmaproblematiken på allvar, och konsekvenserna har inte låtit vänta på sig. Fetman har fortsatt att öka i nästan alla ålderskategorier, och dess komplikationer är i dag en tung utgiftspost i vården.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

### REFERENSER

- Rössner S, Vågstrand K. Fetmaepidemin – vem har det strategiska ansvaret? Epub 8 jun 2009. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12261>
- Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Life style, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004;351:2683-93.
- Mat vid fetma. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013. Rapport nr 218.
- Colbert JA, Jangi S. Training physicians to manage obesity – back to the drawing board. N Engl J Med. 2013;369:1389-91.
- Ruser CB, Sanders L, Brescia GR, et al. Identification and management of overweight and obesity by internal medicine residents. J Gen Intern Med. 2005;20:1139-41.
- Block JP, DeSalvo KB, Fisher WP. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. Prev Med. 2003;36:669-75.

### ■ SAMMANFATTAT

**Fetmaproblematiken** accelererar. Rapporterna om konsekvenserna för hälsa, vård och hälsoekonomi ackumuleras.

**Men politikerintresset** är lågt, och primärvården är ointresserad.

**Detta är dock** ett omfattande uppseglande globalt problem, som måste hanteras av politiker och inom vården – och där på ett multidisciplinärt sätt.