

Utan nationellt program för fetmakirurgi väntar kaos

I dag saknas resurser till all fetmakirurgisk behandling som behövs. Utan ett nationellt handlingsprogram för fetmakirurgi väntar kaos.

Antalet fetmaoperationer ökar kraftigt i många landsting. Med ett ökande operationsutbud ökar paradoxalt nog väntetiderna, vilket är ett uttryck för den extremt stora dolda patientgruppen. Det rigida systemet med låsta operationsindikationer, vårdgaranti och valfrihetsvård omöjliggör prioriteringar och kan innebära ett hot mot den kirurgiska infrastrukturen och en ändamålsenlig sjukvård.

I dag förekommer fetma hos 10–30 procent av invånarna i landets kommuner, och fetma är en av de viktigaste orsakerna till förlorade friska levnadsår [1]. Fetmakirurgi är för närvarande den enda metoden som kan åstadkomma uttalad och bestående viktreduktion med acceptabel patientsäkerhet och gynnsam effekt på mortalitet.

För närvarande är indikationerna för fetmakirurgi BMI ≥ 40 /kg/m² eller BMI ≥ 35 /kg/m² vid samtidig förekomst av diabetes eller komplicerande sjukdom. Antalet svenskar med BMI ≥ 35 /kg/m² har skattats till 120 000–175 000.

Under år 2008 genomfördes totalt 2 611 fetmakirurgiska operationer i landet i offentlig regi, med en mycket ojämlig fördelning mellan landstingen. Opera-

tionsköerna i landet varierar från 0 till 37/100 000 invånare (Sveriges Kommuner och landsting september 2009). Intressant är att det vid jämförelse mellan landstingen finns ett statistiskt signifikant positivt samband mellan antal opererade och antal patienter på väntelista, korrigerat för befolkningsstorlek (Figur 1). Det finns också ett nära samband mellan det totala antalet väntande patienter och antalet som väntat mer än 3 månader ($r = 0,58$, $P = 0,009$).

Detta betyder paradoxalt nog att ju fler som opereras, desto fler är det som väntar på operation. Förklaringen är uppenbar ur ett marknadsperspektiv. Det finns en mycket stor grupp med feta patienter som uppfyller operationskriterier. Så länge vården inte erbjuder fetmakirurgi, och patienter inte efterfrågar sådan behandling, utförs få operationer och väntelista blir kort.

Här är Dalarna ett bra exempel med hög fetmaförekomst, lägst operationsfrekvens i landet (6/100 000 invånare) och en minimal väntelista (6/100 000 invånare). Endast 1 patient hade väntat längre än 3 månader i september 2009.

Stockholm har å andra sidan landets lägsta fetmaprevalens och samtidigt landets näst högsta operationsfrekvens (49/100 000 invånare) samt lång operationskö (29/100 000 invånare; 202 patienter hade väntat mer än 3 månader på operation).

I september 2009 fanns det 853 patienter i landet som hade väntat mer än 3 månader på operation, vilket utgör 43 procent av alla väntande patienter. Samtidigt ökar antalet patienter som utnyttjar möjligheten till valfrihetsvård. I Västra Götalandsregionen till exempel genomfördes 4 operationer via valfrihetsalternativet under 2008. Under 2009 var motsvarande antal 238, inkluderande operationer och betalningsförbindelser.

För närvarande är det flera landsting som inte lever upp till målet om en god vård på lika villkor, och många patienter har små möjligheter att få fetmakirurgisk behandling. På andra håll finns tvärtom ett stort utbud av opererande enheter och ökande efterfrågan som resulterat i en kraftig expansion av antalet fetmaoperationer. Detta ger en föraning om vad som väntar. Behovet av fetmakirurgi kommer att öka kraftigt eftersom det finns en mycket stor grupp patienter som inte har någon annan verkkningsfull behandling. I takt med att antalet lyckat opererade patienter ökar, stiger även efterfrågan och antalet producenter, enligt principen »för varje opererad patient genereras tre nya» [2].

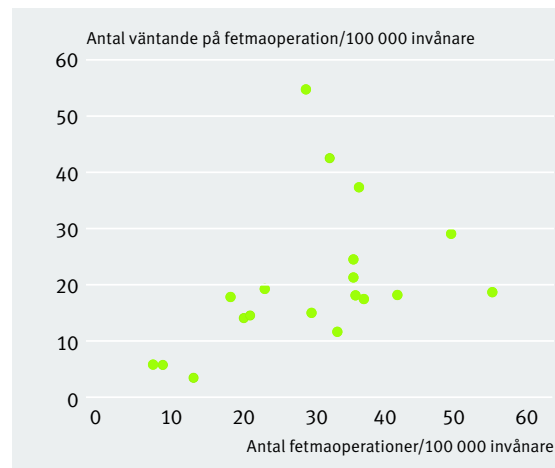
I det förslag till nationella indikationer för



BJÖRN FAGERBERG
överläkare, adjungerad professor, Medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg
bjorn.fagerberg@wlab.gu.se



ULF ANGERÅS
verksamhetschef, docent, Kirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Göteborg



Figur 1. Relationen mellan antalet fetmaoperationer under 2008 (Socialstyrelsen) och väntelistornas storlek i september 2009 (Sveriges Kommuner och landsting) i de olika landstingsområdena ($r = 0,57$, $P = 0,01$).



Foto: Colourbox



Kollage: Ewa Knutsson

Dalarna har hög fetmaförekomst, lägst operationsfrekvens och minimal väntelista medan Stockholm har landets lägsta fetmaprevalens, näst högsta operationsfrekvens och lång operationskö.

obesitaskirurgi som tidigare utarbetats framkommer det att cirka 10 000 patienter årligen måste opereras under 10 års tid om vi ska kunna behandla merparten av de patienter som redan är obesa.

Cirka 20–30 procent av de patienter som genomgått fetmakirurgi är i starkt behov av plastikkirurgi på grund av kraftiga hudöverskott, som leder till stora problem och kraftigt nedsatt livskvalitet. Denna aspekt av fetmakirurgisk behandling, som görs av plastikkirurger, glöms ofta bort och är en bristresurs.

Eftersom resurserna inte kommer att räckta till all denna fetmakirurgiska behandling återstår endast att prioritera de patienter som ligger sämst till i termer av risk och nedsatt livskvalitet. Emellertid låser nuvarande system med fastställda indikationer och vårdgaranti in den möjligheten och omöjliggör ett prioriteringsförfarande.

Valfrihetsalternativet innebär att patienten själv tar kontakt med en extern

opererande enhet och automatiskt får betalningsförbindelse från det egna landstinget. Detta system blir förödande för hemlandstingets ekonomi när volymen blir mycket stor och motsvarande besparing måste göras inom den egna kirurgiska basstrukturen med sjukhus som också ska tillhandahålla imperativ akut kirurgisk vård.

Vi föreslår att man snarast tar fram ett nationellt handlingsprogram för obesitaskirurgi. Ett sådant program bör utformas av en multidisciplinär arbetsgrupp som måste hantera de faktiska förhållanden som vi hartagit upp i detta debattinlägg.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2009. p. 88-91.
2. Närlid M. Danderyd utför var tionde fetmaoperation. Läkartidningen. 2009;106:3138-40.

APROPÅ! Mammografiscreening

Informerat samtycke – även i Sverige?

■ Under hösten har det förts en debatt i Läkartidningen angående vinster och skador av mammografiscreening [1, 2]. Nya rön och slutsatser angående mammografiscreening, redovisade i internationellt ansedda medicinska tidskrifter såsom JAMA [3], Lancet [4] och BMJ [5], understryker behovet av att kvinnor som kallas till mammografiscreening får en saklig och fullödig information. I England har man därför beslutat om en revision av det informationsblad som tillhandahålls av deras Cancer Screening Programme [4].

Informationen i Sverige är i dagsläget mycket bristfällig, då kvinnor i stort sett bara informeras om att screeningen räddar liv, med siffror som dessutom ter sig överdrivna sett mot bakgrund av slutsatserna i bland annat JAMA-artikeln [3]. När det gäller skador nämns i kallelserna, så långt jag känner till och

har egen erfarenhet av, bara att det kan göra lite ont, vilket jag själv alltid upplevt som en förödmjukande information – som om den kortvariga smärta det handlar om vore en så stor sak för vuxna människor, om det faktiskt handlar om att rädda liv.

De mycket allvarligare skadeverkningarna, som risken för »falskt larm«, med de psykiska och sociala skador det kan leda till och den stora risken för överdiagnostik, och därmed fler och mer omfattande ingrepp, inte färre, har jag aldrig sett nämnas.

Enligt artikeln i JAMA innebär dessa att för varje räddat liv i åldrarna 50–70 år måste 838 kvinnor genomgå screening under sex år, vilket genererar tusentals screeningundersökningar, hundratal biopsier och många fullskaliga cancerbehandlingar [3].

Hur ser Socialstyrelsen, Läkarförbundet och Svenska

Läkarsällskapet på denna brist på saklig och uttömmande information till kvinnor i Sverige? Är den förenlig med gällande etiska regler om informerat samtycke? Den kan då jämföras med den information som ges till män inför ett eventuellt PSA-prov, där för- och nackdelar noga redovisas (se till exempel Socialstyrelsens webbplats).

Jag menar att Socialstyrelsen och Läkarförbundets etiska råd bör granska den information som ges till kvinnor i Sverige som kallas till mammografiscreening. Läkarförbundet bör vidare arbeta för att kvinnor i Sverige får saklig och fyllig information om fördelar och nackdelar med undersökningen, så att de själva kan fatta väl grundade beslut om sin egen hälsa.

Som man skriver i Lancet: »Before becoming a patient, a healthy individual deserves fully informed consent, with

information provided at the individual and populational level« [4].

Noggrant övervägd information, även på svenska, finns att tillgå via Nordiska Cochranecentret (<http://www.cochrane.dk/>) och borde kunna utgöra ett underlag för utarbetande av väl avvägd information också i Sverige.

Annika Forssén

docent, distriktsläkare, Luleå
annika.forssen@nll.se

REFERENSER

1. Törnberg S, Nyström L. Skrämselpropaganda om mammografi. Läkartidningen. 2009;106:2664-5.
2. Göttsche P, Jørgensen KJ. Årlig information om mammografiscreening, tack! Läkartidningen. 2009;106:2860-1.
3. Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast and prostate cancer. JAMA. 2009; 302:1685-92.
4. The trouble with screening. Lancet. 2009;373:1223.
5. Overdiagnosis and mammography screening. The question is no longer whether, but how often, it occurs. BMJ. 2009;339:b1425.