Punkt 5.
Den nationella tankesmedjan SOTEG, sammansatt av medicinare, barnläkare och kirurger, uppvaktade förra året Sveriges Kommuner och landsting (SKL) om att en nationell handlingsplan var nödvändig. En sådan plan bör enligt vår uppfattning beakta utbyggnadsbehov, kvalitets- och säkerhetskrav, möjligheten till effektivisering och optimalt utnyttjande av befintliga resurser, ansvar för långtidsuppföljning och för den delen även prioriteringsaspekter vertikalt och horisontellt.

Vid ett möte den 9 december 2009 mellan Göran Stiernstedt och Roger Molin, SKL, och Lars Sjöström, Ingmar Näslund och Jan Hedenbro, SOTEG, diskuterades frågan. SKL var angelägna om att framhålla att man inte hade mandat att ge några direktiv till landstingen. Däremot var man beredd att överväga att inom SKL tillsätta en allsidigt sammansatt arbetsgrupp för att utreda frågan, i syfte att senare komma med förslag och rekommendationer.

Så problemet är på agendan, och vi kan bara fortsätta att arbeta utifrån våra respektive utgångspunkter. SOTEG ställer givetvis sin expertkunskap till SKL:s förfogande. Vi hoppas Fagerberg och Angerås också gör det.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004; 351:2683-93.
2. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med. 2007; 357:741-52.
3. Sjöström L, Gummesson A, Sjöström CD, Narbro K, Peltonen M, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial. Lancet Oncol. 2009;10:653-62.
4. Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, Banel D, Jensen MD, Pories WJ, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. Am J Med. 2009;122:248-56.

REPLIK:

Utbyggnad av fetmakirurgi måste infogas i verkligheten

Sjöström, Näslund och Hedenbro tillhör förgrundsgestalterna inom den forskning och kliniska utveckling som lett till fetmakirurgins position i dag. Vi uppskattar deras fylliga replik på vårt debattinlägg och har egentligen inget att anföra mot sakinnehållet.

Att perspektiven på fetmakirurgins position i kampen om sjukvårdens begränsade resurser skiljer sig något är kanske inte förvånande. Det utvecklas ständigt nya kostsamma metoder och behandlingar som kräver finansiering utöver tillgängliga resurser inom vitt skilda områden som cancer, hjärtsjukdomar, neurologiska och neuropsykiatriska sjukdomar med mera. Samtidigt reduceras av besparingsskäl vårdplatserna i landet till ett internationellt minimum.

Vi anser att utbyggnaden av den fetmakirurgiska vården självklart måste infogas i denna verklighet och därför ske på ett rationellt och etiskt försvarbart sätt. Det innebär ett tillvägagångssätt som stämmer väl med åsikterna i punkt 4 i repliken från Hedenbro, Sjöström och Näslund.

Avslutningsvis kan vi konstatera att det glädjande nog precis har startat en utredning för framtagande av ett nationellt program för fetmakirurgi med deltagare från oss som för denna diskussion. Vi har med andra ord nått ett av de viktigaste målen med vår debatt!

Björn Fagerberg
överläkare, adjungerad professor, medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg
bjorn.fagerberg@wlab.gu.se

Ulf Angerås
verksamhetschef, docent, kirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

KOMMENTAR FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING:

Fetmakirurgins dimensionering en svårhanterlig utmaning

Diskussionen om fetmakirurgins dimensionering och struktur tydliggör några svårhanterliga utmaningar för den svenska sjukvården. Förekomsten av fetma har ökat kraftigt på några decennier, en fetma som i sig sänker livskvaliteten för de drabbade och som dessutom har rader av allvarliga bieffekter exempelvis i form av diabetes, kardiovaskulär sjukdom och cancer, och därmed för tidig död.

För dem som lider av fetma finns än så länge bara en behandling – kirurgi – som, jämförd med andra alternativ, har visad god långtidseffekt. Det är en behandling som är relativt ny i stor skala. Tekniken har utvecklats successivt till allt bättre resultat. Det gäller särskilt vid de enheter som når upp till stora volymer. Vid sådana enheter är också möjligheterna att utbilda nya kirurger mer gynnsamma.

För att klara en nödvändig expansion av fetmakirurgin krävs alltså inte bara en prioritering mellan olika delar av vården och inom kirurgin utan även att landstingen samordnar sina produktionsresurser till enheter med höga volymer. Med en sådan samordning kan, på en given resursnivå, fler hjälpas.

Sveriges Kommuner och landsting (SKL) har med stor tydlighet nåtts av budskapet ovan. Frågan har diskuterats bland våra politiker i sjukvårdsdelegationen, som sedan beslutat att kansliet ska hantera frågan inom ramen för de samverkansnätverk som SKL har för nyckeltjänstemän i landstingen.

Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket (HSD) har inom sig utsett en arbetsgrupp, bestående av hälso- och sjukvårdsdirektörerna från Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Region Skåne och Landstinget Västernorrland för att under våren 2010 bereda frågan.

Förhoppningen är att HSD-nätverket ska kunna bidra till att landstingen enas om samordnade insatser för att med tillgängliga resurser få ett så bra utfall som möjligt inom fetmakirurgin. Samverkan med professionen är naturligtvis en förutsättning.

Samtidigt gäller det för hela samhället att öka ansträngningarna att med förebyggande insatser minska förekomsten av fetma och att utveckla även andra fungerande behandlingar för dem som ändå drabbas av fetma.

Illustration: Airi Iliste

Göran Stiernstedt
direktör, avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och landsting