

# Från kaos till ordning med handlingsprogram mot fetma

Västra Götalandsregionens handlingsprogram för att råda bot på de långa köerna till fetmaoperation har gett resultat: tillskott av operationsresurser, en tydlig vårdkedja, kortare köer och några obesvarade frågor.

**ULF ANGERÅS**, överläkare; vid tidpunkten för arbetet ordförande i sektorsrådet kirurgi, Västra Götalandsregionen  
**GERHARD BROHALL**, överläkare, med dr, obesitasmottagningen, Medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
**BJÖRN FAGERBERG**, överläkare, adjungerad professor, obesitasmottagningen, Medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset; ordförande i beredningsgruppen för handlingsprogram mot övervikt och fetma  
**CECILIA BJÖRKELOUND**, distrikts-

läkare, professor, institutionen för medicin/enheten för allmänmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet  
**HELÉN LANTZ**, vårdenhetschef, obesitasmottagningen, Medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
 helen.lantz@vgregion.se  
**HANS LÖNROTH**, överläkare, verksamhetschef kirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
**KAJ STENLÖF**, överläkare, verksamhetschef, Klinisk forskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset; samliga Göteborg

Liksom i övriga Sverige har fetma blivit allt vanligare under de senaste decennierna även i Västra Götalandsregionen (Fakta 1). I vår region beräknas ungefär 15 procent av alla vuxna vara feta. Stor variation föreligger dock mellan olika kommuner och stadsdelar [1]. Fetma medför risk för många sjukdomar och förtida död och är oftast ett mycket svårbehandlat tillstånd. En evidensbaserad, effektiv metod är fetmakirurgisk behandling med tex gastrisk bypass, som för individer med uttalad fetma (BMI  $\geq 40$ ) eller fetma med komplicerande sjukdom (BMI  $\geq 35$ ) ger uttalad, bestående viktreduktion med minskad mortalitet och sjuklighet [2]. Det har dock ofta varit svårt att erbjuda behandling för alla som efterfrågar operation, och situationen har på många håll, inklusive i Västra Götalandsregionen, varit kaotisk med långa operationsköer [3].

Under 2007 initierade regionledningen i Västra Götalandsregionen ett arbete som ledde till att det togs fram ett handlingsprogram mot övervikt och fetma, som integrerade hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser för barn och vuxna i såväl kommunerna som regionen. Som ett verktyg för programmets genomförande togs det också fram ett webbaserat beslutsstöd [1]. Inom ramen för handlingsprogrammet tillsattes en projektgrupp som beredde frågan om fetmakirurgisk behandling. Resultatet av denna grupps arbete kom att omfatta förslag till organisatoriska förändringar och resurstillskott, inte minst på grund av risken för undanträngningseffekter på annan vård.

Det finns ännu inga allmänna rekommendationer från Socialstyrelsen rörande indikationerna för fetmakirurgisk behandling mer än vad som ryms i de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Många landsting har därför lutat sig mot re-

### ■ fakta 1

BMI (body mass index) = kroppsvikt/kroppslängd<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>)

Fetma = BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>

Indikationer för fetmakirurgi i Västra Götalandsregionen idag:

- BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> eller BMI  $\geq 35$  och komplicerande sjukdom (typ 2-diabetes med bristfällig kontroll, fetmarelaterad kardiomyo-

pati, svår sömnapné, lungemboli, venösa bensår, pseudotumor cerebri; patienten bör också tidigare ha gjort seriösa viktminskningsförsök).

**Fetmakirurgi görs** i huvudsak som gastrisk bypass, vilket innebär laparoskopisk operation där magsäcken minskas i storlek och kopplas på tunntarmen nedom galltillflödet.

kommandationerna framtagna av en expertgrupp [4]. I Västra Götalandsregionen har det etablerats en beslutsordning som utgår från en systematisk litteraturoversikt sk Health Technology Assessment (HTA-analys) [2], som följs av ett beslut inom ett program- och prioriteringsråd. I en sådan process har Västra Götalandsregionen fastställt egna operationsindikationer (Fakta 1). En inventering talade för att 8 000–9 000 individer skulle kunna uppfylla aktuella kriterier för fetmakirurgi i regionen. Till detta ska adderas alla nya fall med svår fetma som uppträder årligen.

Syftet med denna redovisning är att med fokus på fetmakirurgisk behandling beskriva det kaotiska läget fram till 2010 och hur handlingsprogrammet förbättrade situationen.

### Situationen fram till 2010

Fetmakirurgisk behandling i regionens regi ägde rum vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), inklusive Västra Frölunda specialistsjukhus och Kärnssjukhuset i Skövde (KSS). Medicinsk obesitasbehandling i nämnvärd omfattning har endast ägt rum vid obesitasmottagningen inom Medicin/SU. På SU var remisserna ställda antingen direkt till kirurg-

### ■ sammanfattat

Med anledning av den ökande förekomsten av fetma och relaterade komplikationer har ett handlingsprogram mot övervikt och fetma tagits fram i Västra Götalandsregionen. Det integrerar hälsofrämjande, förebyggande och behandlade insatser bland barn och vuxna.

Vid behandling av svår fetma är operation med tex laparoskopisk gastrisk bypass en evidensbaserad, effektiv metod för långvarig, uttalad viktreduktion och minskad risk för förtida död. Det har

dock varit svårt att möta behovet av denna behandling och långa operationsköer har uppstått.

Framtagandet av handlingsprogrammet har lett till ökade operationsresurser och utformning av en tydlig vårdkedja med remissmall och centraliserad remisshantering, vilket medfört en kraftig minskning av operationsköerna.

Arbetet pågår med att förbättra den långsiktiga uppföljningen och därmed patientsäkerheten.

kliniken (som i sin tur kunde remittera vidare till medicinkliniken) eller till medicinkliniken, som efter utredning och eventuella behandlingsförsök remitterade många patienter till kirurgkliniken för operation. Detta innebar onödiga och långa väntetider för patienterna och dubbelarbete. Det skedde också byte av administrativa datasystem, vilket bidrog till svårigheterna att ha fullständig kontroll över väntelistorna. Allt detta tillsammans med bristande operationsresurser medförde att köerna blev långa och oöverskådliga.

I Tabell I visas hur antalet remisser ökade under åren och hur väntetiderna utvecklades för patienterna. Under 2009 var den genomsnittliga väntetiden på laparoskopisk bypass-operation 382 dagar vid SU. För patienter som genomgick reoperation var väntetiden i medeltal 702 dagar.

## Nytt vårdprogram under 2010

Med tanke på det ökade inflödet av remisser och de långa väntetiderna gjordes en undersökning av de patienter som väntade på fetmaoperation. Dessa fick besvara ett frågeformulär som visade att 12 procent ingick i en grupp som hade opererats, eller skulle opereras, alternativt antingen ångrat sig eller inte visste om de ville bli opererade. 5 procent var äldre än 60 år och 18 procent befann sig i BMI-intervallet 35–40 kg/m<sup>2</sup> med avsaknad av övriga operationskriterier.

En tydlig vårdkedja med primärvården som principiell första instans (Figur 1) har etablerats i ett multidisciplinärt projektarbete med syftet att säkerställa både en kvalitativt bra preoperativ utredning och en tydlig ansvarsfördelning i omhändertagandet. Vid behov kan patienter remitteras till läns- eller regionsjukvård för ytterligare bedömning enligt särskilda kriterier. Vårdprogrammet för denna vårdkedja fastställdes gemensamt och finns tillgängligt i det webbaserade beslutsstödet [1].

Remisser till fetmakirurgi skickas från regionen till obesitasmottagningen på SU. Remissen baseras på en överenskommen mall som finns tillgänglig i beslutsstödet [5]. En förutsättning för bedömningen av den enskilda patienten är att denna remissmall är ifylld. De remisser som kommer in bedöms inom två dygn av internmedicinare, enligt de kriterier som gäller för obesitasbehandling. En del remisser återsänds till inremitterande för komplettering. Patienter som skickat egenremisser kallas till provtagning med efterföljande läkarbesök på obesitasmottagningen. Alla övriga inremitterade patienter som uppfyller kriterierna kallas inom tre månader till ett informationsmöte där både medicinska och kirurgiska behandlingalternativ presenteras. Patienterna får där själva välja behandlingsinriktning. Om medicinsk behandling väljs är behandling vid obesitasmottagningen ett alternativ.

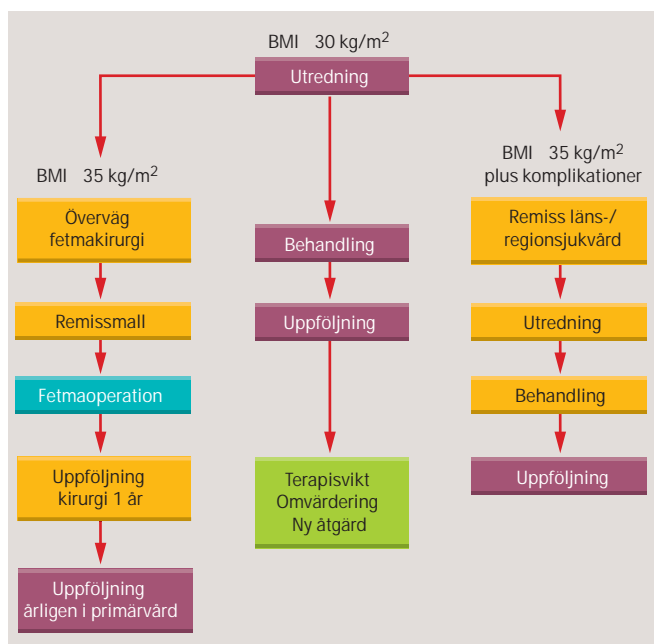
Vid val av kirurgisk behandling diskuteras patienten i en särskild beslutsgrupp. Beslutsgruppen, som sammanträder en gång per vecka, består av en överläkare i internmedicin med obesitasinriktning och en erfaren obesitaskirurg. Här kan beslut fattas om att konsultera andra specialiteter inom kardiologi, lungmedicin, reumatologi, psykiatri m.fl. Cirka 70 procent av de patienter som diskuterats i gruppen sätts upp på en regional väntelista hanterad av en koordinator. Från denna lista fördelas sedan patienterna ut till de olika kirurgkliniker (se nedan) med syftet att patienten ska opereras så nära hemorten som möjligt och med kortaste möjliga väntetid. Slutgiltigt beslut om operation tas först när patienten har träffat vederbörande operatör.

## Ökade operationresurser

Genomförandet av handlingsprogrammet mot övervikt och fetma i Västra Götaland innebar också att regionledningen

**TABELL I.** Remissflöden för fetmabehandling och fetmakirurgiska (ej plastikkirurgi) operationer på Sahlgrenska universitetssjukhuset från 2008. Samtliga uppgifter för 2008 och 2009 är otillförlitliga på grund av mycket komplicerade patientflöden och olika rutiner vid registreringen. Under 2010 infördes den nya organisationen och resurser tillfördes.

	2008	2009	2010
Remisser (alla under året)	1 398	1 814	2 231
Medicin	643	876	2 086
Kirurgi	755	938	145
Väntelista (vid årets slut)			
Första besök (alla)	481, varav 380 kirurgi	511, varav 458 kirurgi	210, varav 7 kirurgi
Första besök (>3 månaders väntan)	246, alla kirurgi	456, alla kirurgi	26, varav 2 kirurgi
Operation (alla)	348	236	313
Operation (>3 månaders väntan)	225	185	101, varav 25 reoperationer



**Figur 1.** Vårdkedja för omhändertagande av patienter med fetma i Västra Götalandsregionen (fullständig lathund finns i <a href="http://www.vgregion.se/beslutsstofetma">http://www.vgregion.se/beslutsstofetma</a>). Vinröd ruta = primärvården i första hand. För graviditet efter operation gäller särskilda rekommendationer.

fick ett underlag som under 2010 ledde till beslut om resurstillskott för fetmakirurgisk behandling [1, 2, 6]. Beslutet ledde dels till att utbudet i regionen ökade, dels till att extra medel tilldelades för vårdgarantioperationer av externa operatörer (Tabell II).

Under 2010 startade fetmakirurgisk verksamhet vid sjukhusen i Vänersborg (NÄL) och Borås (SÄS) med syfte att expandera till 200 operationer per sjukhus under 2011. Denna expansion har skett på ett planerat sätt för att säkra kvaliteten. Ovan nämnda beslutsgrupp ansvarar för fördelning av godkända operationsfall till dessa enheter. På detta sätt kan lättare fall hänvisas till mindre erfarna eller upphandlade centra, medan de fall som kan befaras behöva tillgång till mer avancerade resurser opereras på regionsjukhuset. Operationskapaciteten kan utnyttjas effektivare, och för patienten

**TABELL II.** Antal fetmaoperationer som har ersatts med offentliga medel i Västra Götalandsregionen 2008–2010.

Typ av operatör	2008	2009	2010
Offentlig i Västra Götalandsregionen	536	350	538
Extern via vårdgaranti	77	22	222
Extern via patientens eget vårdval <sup>1</sup>	4 <sup>1</sup>	197 <sup>1</sup>	379 <sup>1</sup>
Totalt	617	574	1 139

<sup>1</sup> I Västra Götalandsregionen kan en patient som uppfyller operationskriterierna själv välja godkänd extern operatör, som ersätts av regionen.

## »Vårdkedjan är nu så förenklad att all statistisk utvärdering av väntetider och köer blivit klar och tydlig.«

kan onödig väntan undvikas oberoende av var i regionen man bor. Under uppbyggnadsfasen har det varit viktigt att etablera gemensamma vårdkedjor och kvalitetskrav, som möjliggör att alla opererade patienter erbjuds långtidsuppföljning eftersom obesitaskirurgi kräver livslång uppföljning.

### Uppföljning efter fetmakirurgi

En arbetsgrupp inom Västra Götalandsregionen har nyligen lagt fram ett förslag om förbättrad uppföljning efter fetmakirurgi med tydliga krav på fördelning av ansvar och resurser. När uppföljningen av en fetmaopererad patient överförs från den opererande enheten till primärvården bör en föreslagen, strukturerad remiss användas som ger all nödvändig information om patienten. Denna remiss bör användas av alla enheter som opererar patienter från regionen.

HTA-centrum vid SU har genomfört en granskning av den evidens som finns för substitutionsbehandling efter gastrisk bypass-operation för fetma [7]. I utlåtandet konstaterades att det vetenskapliga underlaget för rekommendationer av vilka näringsämnen som ska substitueras och i vilka doser de i så fall ska ges till patienter efter obesitaskirurgi är otillräckligt. Tills vidare finns det rekommendationer från USA att utnyttja [8]. Arbetsgruppen konstaterade därför att det är mycket viktigt att dessa patienter följs upp systematiskt under lång tid för att man ska kunna få nödvändiga kunskaper. Det långsiktiga syftet är att förebygga uppkomst av bristtillstånd och hitta former för kostnadseffektiva uppföljningsprogram. Primärvårdsregistret inom regionen är ett lämpligt instrument och arbetet bör göras i samråd med företrädare för Scandinavian obesity surgery register (SOReg) och akademiska forskare.

### Många lärdomar

Lärdomarna från genomförandet av detta regionala handlingsprogram mot övervikt och fetma är många. Vad gäller fetmakirurgisk behandling ledde arbetet med handlingsprogrammet till en detaljerad utredning som påvisade ett stort patientunderlag, ej tillfredsställda operationsbehov och dåligt fungerande vårdkedjor och utmynnade i ett förslag till lösning av dessa problem.

Som ett resultat av detta samlade grepp beslutade regionledningen om ett vårdprogram med ett nätbaserat beslutsstöd samt resursförstärkning av fetmakirurgin. Sammantaget har detta på kort tid lett till tydliga förbättringar i patientflödet. Vårdkedjan är nu så förenklad att all statistisk utvär-

dering av väntetider och köer blivit klar och tydlig. Trots att remissinflödet har fortsatt att öka har antalet patienter som fått vänta mer än tre månader på operation gått ner kraftigt. Tidigare var cirka en tredjedel av patienterna på väntelistan inte aktuella för operation. Med den nya organisationen är 11 procent inte aktuella för operation, medan kompletterande bedömning måste göra hos 18 procent.

### Några besvärliga frågor

En besvärlig fråga är kriterierna för fetmakirurgi. För närvarande gäller den övre åldersgränsen 60 år och strikta BMI-gränser [2, 5]. För BMI 35–40 kg/m<sup>2</sup> krävs dessutom specificerade komplikationer till fetma. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården rekommenderas fetmakirurgi till patienter med typ 2-diabetes med svår fetma (BMI över 40 kg/m<sup>2</sup>) [9]. Under särskilda omständigheter, som svårigheter att uppnå glukos- och riskfaktorkontroll, kan diabetesvården överväga kirurgi även i BMI-intervall 35–40 kg/m<sup>2</sup>. Det finns i dag ingen samsyn om hur dessa kriterier ska hanteras vid handläggning av patienter i gränzoner, t ex vad gäller diabetiker.

En förbisedd patientgrupp är personer som övervägs för reoperation. Indikationerna för reoperation kan vara dels biverkningar, såsom svåra kräkningar, dels primärt dålig viktne- dgång eller recidiv av svår fetma. Tidigare studier har talat för att reoperation medför påtagligt ökad risk för komplikationer, vilket har lett till att sådana operationer endast genomförs på indikationen biverkningar efter tidigare operation och inte på grund av recidiv eller bristande viktne- dgång.

### Externa operationer och frågan om patientsäkerhet

I Västra Götalandsregionen kan patienterna välja olika alternativ för att bli opererade för sin fetma. Antingen söker man sin vårdcentral och, under förutsättningar att det trots seriösa viktne- dgångsförsök finns indikation för operation, remitteras till obesitasmottagningen, där man genomgår en be- dömning för operation i beslutsgruppen och sätts upp på den regiongemensamma väntelistan. De opererande enheterna rekviderar därefter patienter efter sin operationskapacitet. Beslutsgruppen kan dessutom skicka patienter till extern operatör enligt vårdgarantibestämmelserna. Alternativt tar patienten själv kontakt med en av regionen godkänd extern vårdgivare, erhåller en betalningsförbindelse från huvudmannen och blir därefter opererad om han eller hon uppfyller fastställda kriterier. Antalet externt genomförda operationer har under de gångna tre åren ökat från 80 till 600 per år. Denna kraftiga ökning av operationer utanför regionen väcker frågor om patientsäkerhet och hur framtida uppföljning ska genomföras.

### Problemet med långtidsuppföljning

Inom regionens egna enheter är det lätt att utvärdera och påverka olika aspekter på omhändertagandet. Inom den fetmakirurgiska professionen har länge funnits krav på att göra kraven på fetmakirurgiska enheter mer skarpa och tydliga [4], och det är viktigt att detta beaktas i avtalen mellan huvudmännen och de externa leverantörerna. Ytterligare ett problem gäller den livslånga uppföljningen av opererade patienter.

Kvalitetsregistret SOReg är här en ovärderlig tillgång, särskilt som nästan alla operatörer har anslutit sig till registret. Dock finns här ett par problem som måste beaktas. För det första är det av avgörande betydelse att varje patient som opererats, och inte minst de som opererats utanför regionen, får en läkarkontakt som säkrar en fortsatt uppföljning inklusive

inrapportering till SOReg. För det andra sträcker sig uppföljningen enligt SOReg endast fem år fram i tiden efter operationen. Det är sannolikt otillräckligt eftersom vissa individer kan löpa risk för tex bristsjukdomar, osteoporos eller andra komplikationer som bara kan upptäckas vid uppföljning av mycket stora opererade patientgrupper under längre tid. Här krävs en systematiserad uppföljning under lång tid för att säkerställa utfall och patientsäkerhet. En arbetsgrupp har tagit fram ett förslag på hur detta ska gå till.

Vid framtagandet av värdkedjan för fetmakirurgi inom Västra Götalandsregionen löstes remissförfarandet från primärvården till kirurgiska enheter med en gemensamt framtagna remissmall. På motsvarande sätt har det nu arbetats fram rutiner för den informationsöverföring som krävs när patienter återremitteras från kirurgenheter till primärvården. Syftet är att denna rutin med tillhörande krav på informationsöverföring ska tillämpas också för de patienter som opererats utanför vår region. I detta samarbete ingår också beräkning av resursåtgång för den viktiga långtidsuppföljningen av fetmakirurgiskt behandlade individer, som också måste räknas in i regionens satsning. Syftet är att så långt som möjligt även säkra dessa patienters framtida uppföljning.

## Väl investerade resurser

En laparoskopisk gastrisk bypass-operation med preoperativa besök och uppföljning under 1 år kostar 70 000–100 000 kronor. Det innebär att det investeras omkring 100 miljoner kronor per år i Västra Götalandsregionen för denna typ av fetmabehandling. Därtill kommer kostnader för långtidsuppföljning i primärvården. Kunskapsläget talar för att detta är väl investerade resurser [6]. Det är samtidigt viktigt att betona att fetmakirurgiska insatser inte kan vara framtidens lösning på fetmaproblemet utan hälsofrämjande och förebyggande åtgärder både på samhällsnivå och inom hälso- och sjukvården måste stå i centrum. Detta har också varit målsättningen vid utvecklandet av handlingsprogrammet mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen [1].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Beslutstöd för Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen. <http://www.vgregion.se/beslutstodfetma>
2. HTA-kvalitetssäkringsgrupp. Viktreducerande kirurgi. [http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA%20Obesitas-kirurgi\\_202008-05-27.pdf](http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA%20Obesitas-kirurgi_202008-05-27.pdf)
3. Fagerberg B, Angeräs U. Kaos väntar utan ett nationellt program för fetmakirurgi. *Läkartidningen*. 2010;107:8-9.
4. Expertgrupp. Nationella indikationer för obesitaskirurgi, 2009. [http://www.sfoak.se/wp-content/niok\\_2009.pdf](http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf)
5. Expertgrupp. Remissmall för fetmaoperation i Västra Götalandsregionen. [http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/Handlingsp%20mot%20c3%b6vervikt\\_fetma/remissmall\\_for\\_fetmabehandling.pdf](http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/Handlingsp%20mot%20c3%b6vervikt_fetma/remissmall_for_fetmabehandling.pdf)
6. Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2009;13:215-357, iii-iv.
7. HTA-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2011-07-26 Substitutionsbehandling med vitaminer och mineraler efter fetmaoperation med »gastric bypass«. <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/HTA-centrum/Hogerolumn/Bedomningar/>
8. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Spitz AF, et al: American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity (Silver Spring)*. 2009 Suppl 1:S1-70.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvården. 2010 <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfor-diabetesvarden>