

Kirurgi mot fetma – en droppe i havet

Kirurgi och de tre läkemedel vi idag förfogar över kommer aldrig att kunna hjälpa mer än en bråkdel av alla dem med viktproblem. Strategierna måste utvecklas, förfinas och framför allt också utvärderas, framhåller Stephan Rössner apropå en aktuell svensk studie.

Den svenska SOS-rapporten, som publicerades i slutet av augusti 2007 och som väckt uppmärksamhet världen över, visar entydigt att fetmakirurgi reducerar dödligheten hos individer med grav fetma och dessutom har en rad andra gynnsamma effekter på fetmarelaterade sjukdomar, inklusive livskvalitet [1]. Den mediala uppståndelsen ledde till en rad rubriker där man betonade att fetmakirurgi var den enda fungerande åtgärden och att icke-operativ verksamhet praktiskt taget skulle kunna avvecklas. När SBU-rapporten om fetma presenterades för några år sedan lade medierna även då tonvikten ensidigt på kirurgins fördelar [2].

Politikerna börjar nu yrvaket tala om vårdgarantier som skall ge alla med tillräckligt högt kroppsmasseindex (BMI) rätt till ett operativt ingrepp inom några månader, och överbjuder varandra i ambitionen att svara upp mot konsekvenserna av de nya forskningsresultaten. Det är gott och väl att operationsresurserna ökas. För närvarande kommer cirka 1 500 patienter med grav fetma upp på operationsbordet, men beräkningar gör det sannolikt att man skulle behöva operera minst tio gånger detta antal för att minimalt tillmötesgå medicinskt berättigade krav och patientefterfrågan.

Det är tveksamt om någon vårdgaranti i Sverige överhuvudtaget kan tillhandahålla detta nödvändiga operativa utbud, om efterfrågan hela landet över skall tillgodoses rättvist! Att Stockholms läns landsting köper några plat-

ser på Ersta sjukhus är i och för sig bra, men det hjälper inte alla feta i Medelpad, Ångermanland eller Värmland. Att hänvisa till vårdgarantinämnd för alla dessa uppgivna feta, som känt sig svikna i vården, är att göra det politiskt väl enkelt för sig. Totala antalet operationer är ett nollsummespel.

Samtidigt vill politikerna framhålla att de preventiva insatserna skall hindra individer med fetma att hamna i en situation som gör kirurgi nödvändig i framtiden. Alla är eniga om att preventiva åtgärder behövs, men ännu så länge är de vetenskapliga belägen för effektiviteten begränsade. Stora undersökningar har gjorts i till exempel USA, där man totalt genomsyrade samhällen med hälsosam livsstil, jämförde med en kontrollpopulation och därefter studerade effekten på vikt. Resultaten har i allmänhet varit blygsamma, och när interventionen försvunnit och pengarna tagit slut återgår i allmänhet vikten i interventionsgruppen till den hos kontrollerna. En uppföljande SBU-rapport redovisar dessa undersökningar [3].

Folkhälsoinstitutet (FHI) och Livsmedelsverket (SLV) presenterade för några år sedan sina 79 punkter, som har visats i byrålädor på departement under några års tid, men kanske kommer att återupplivas av vår hälsominister Maria Larsson. Tanken var att dessa åtgärder skulle kunna genomföras utan några ekonomiska tillskott, men några egentliga effekter har vi ännu inte sett, och någon kritisk utvärdering av de 79 punkternas genomslagskraft torde vi av forskningsmetodologiska skäl aldrig komma att kunna se.

SLV tröstar sig med beslut i EU och WHO om samlade insatser och manar till fortsatt övervakning av forsknings-



Foto: Science Photo Library/IBL

»Cynikern konstaterar att om man inte tar fetmaepidemin på verkligt allvar är det bara krig, oljekris eller global missväxt som kan hindra oss i industriländerna från att fortsätta att gräva vår grav med kniv och gaffel.«

utvecklingen, tålmodig kamp och utvärdering. Det är rätt och ambitiöst, men myndigheten andas viss uppgivenhet.

Entusiaster pekar på förbättringar: Många skolor har tagit efter framgångsrecept som till exempel skolan i Bunkeflo, det finns kommuner med »walking buses« där barnen får lära sig gå till skolan i stället för att använda motordrivna forskaffningsmedel, daghemmen försöker sanera fredagsmysen till mindre snask, och i skolorna försöker man utverka frizoner, inom vilka det inte är tillåtet att sälja ohälsosamma produkter. Men genomslagskraften är sannolikt begränsad. Offentliga miljöer skulle enligt förslaget föregå med gått exempel och puffa för hälsosamma utbud, men entréhallen på både Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus domineras av Pressbyråkiosker, som marknadsför godis på första parkett och doftar kanelbulle genom hela sjukhuskroppen.

Kirurgi och de tre läkemedel vi idag förfogar över kommer aldrig att kunna hjälpa mer än en bråkdel av alla dem med viktproblem. Strategierna måste utvecklas, förfinas och framför allt också utvärderas. Flera landsting startade efter sekelskiftet ambitiösa program, men många är gravt underfinansierade och sårbara, då de har byggt på enstaka entusiaster.

Någon rapport som med siffror klart belägger att man har lyckats bromsa fetmaepidemin finns inte. Enstaka fallrapporter räcker inte för att övertyga om att vi lyckats vända skutan rätt. Nya rappor-



STEPHAN RÖSSNER
professor, överläkare,
överviktsenheten, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge
Stephan.rossner@ki.se

ter från USA visar på allt värre utveckling. Det är svårt att tro att vi inte skulle följa USA i spåren – det har vi gjort i alla andra avseenden vad gäller livsstil, mat, musik, media, kultur, teknologi ...

Cynikern konstaterar att om man inte tar fetmaepidemin på verkligt allvar är det bara krig, oljekris eller global missväxt som kan hindra oss i industriländerna från att fortsätta att gräva vår grav med kniv och gaffel. Idag kommer beskedet till mig, att vi inte kommer att

kunna bemanna min överviktsenhet med läkare mer än delar av hösten. En psykolog har jag förgäves bett om i 25 år. Mina landstingspolitiker talar alltså med kluvan tunga. Man ska vara korkad för att vidmakthålla en optimism i det läget. Jag har tidigare fyllt högt ställda krav i det avseendet, men det är kanske dags att ta ner skylten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. 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.
2. SBU. Fetma – problem och åtgärder. Stockholm: SBU; 2002. SBU rapport 160.
3. SBU. Förebyggande åtgärder mot fetma. Stockholm: SBU; 2004. SBU rapport 173.

APROPÅ! Socialstyrelsens rapport om anmälda självmord får kritik

Psykiatrin räddar liv – »misslyckade« fall ger inte en rättvisande bild

Socialstyrelsen publicerade den 19 juli en sammanställning av »beslut« rörande 153 av 367 självmord som under 2006 anmälts enligt Lex Maria. En rad brister har identifierats rörande rutiner för självmordsriskbedömningar, dokumentation, samverkan, informationsöverföring, kontinuitet, kompetens, vårdprogram – vårdplaner samt tillsyn – övervakning.

»Jag är överraskad att det är så enkla grejer som det stappar på«, uttalade medicinalrådet Helena Silfverhielm i *Läkartidningen* 30–31/2007 (sidan 2141).

En ledarskribent i *Dagens Nyheter* kommenterade den 21 juli att »Socialstyrelsen visar nu att den vård som skulle hjälpa kan bli en risk i sig«. Vågar oroliga anhöriga ta en familjemedlem med självmordsplaner till psykiatrin efter att ha läst detta?

Det är givetvis mycket angeläget att identifiera moment som kan förbättra patientsäkerheten och samtidigt öka våra kunskaper om självmord. Eftersom rapporten uttryckligen ska kunna användas av politiker, journalister och allmänhet borde rapportens författare dock enligt min mening ha bemödat sig mer för att ge ett perspektiv på de erhållna resultaten.

Följande anser jag borde ha tydliggjorts för att undvika missförstånd:

- Orsaken till självmord är den psykiska sjukdomen. Socialstyrelsens analys handlar om varför psykiatrin inte lyckades förhindra självmord.
- De undersökta anmälningarna gav uttryck för att självmorden var oväntade, att självmordsrisken inte bedömts hög. Detta är ett förväntat resultat. Självmord sker alltid oväntat. En anmälan om att en patient »som väntat begick självmord under permissionen« vore en absurditet. Där hög självmordsrisk identifieras har vården stor möjlighet att förhindra självmord. Dessa fall kommer därför inte att återfinnas i materialet.
- Rapporten ger psykiatrin ett erkännande för att självmordsriskbedömningar hade gjorts i 78 procent av de undersökta fallen, men konstaterar samtidigt att bara 9 av dessa 81 bedömningar påvisade hög självmordsrisk. Utifrån rapportens uppgifter kan man uppskatta att detta talar för att det totalt gjordes upp emot 200 »falskt negativa« bedömningar under 2006, dvs bedömningar där den höga risken för självmord inte fångades upp. För att

avgöra om detta är acceptabelt måste man ställa de felbedömda fallen i relation till det totala antalet riskbedömningar som gjordes under året inom psykiatrin. Det finns inga metoder att med tillräcklig specificitet säkert prediktera självmord, så möjligen är resultatet vad som kan förväntas utifrån nuvarande kunskapsnivå.

- En »nollvision« avseende självmord är inte förenlig med en öppen och frivillig psykiatri och inte heller med det faktum att psykiatrin inte har tillgång till behandlingsmetoder som är 100 procent effektiva.
- Det är en paradox att samtidigt som varje självmord inom vården utgör ett misslyckande, är idealet att så stor andel som möjligt av samtliga självmord i samhället begås i psykiatrisk slutenvård. Ingen ska behöva begå självmord utan att maximal behandling åtminstone har erbjudits! Jämför dödsfall i maligna sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar etc.
- En analys av enbart »misslyckade« fall kan inte ge en rättvisande bild av vården som helhet. Detta självklara påpekande kan uppenbarligen inte överlätas åt massmedierna.
- Elva självmord hade skett

inom vårdavdelning. Det borde också ha framgått av rapporten hur många självmord som skedde bland patienter som remitterats till psykiatrin men ännu ej kallats, avvisats på akutmottagningar, lämnat avdelningen efter beslut om »frigång«, permission eller utskrivning eller efter att patienten helt enkelt avvikit. Detta har klar relevans för vilka slutsatser som bör dras.

Samtidigt som brister med rätta påpekats och rutiner kan och bör förbättras, borde det således också ha framgått att det är fullt möjligt att psykiatrin utifrån givna resurser, främst begränsade av läkarbrist och brist på slutenvårdsplatser, har gjort ett mycket gott arbete.

Sedan toppåret 1979 har antalet självmord i samhället nästan halverats – trots nedskärningar inom vården, trots ökat bruk av alkohol, tidvis hög arbetslöshet och kanske också ökad psykisk sjuklighet.

Troligtvis borde psykiatrin och även primärvården, där den mesta psykiatrin bedrivs, få ett erkännande för detta.

Göran Isacsson
överläkare, docent,
psykiatriska kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge
Goran.Isacsson@sl.se