

# Sykelig overvekt – ulikt behandlingstilbud

Nasjonale retningslinjer skal sikre alle sykelig overvektige lik rett til prioritert helsehjelp, utredning og behandling. Det offentlige og det private behandlingstilbudet er blitt betydelig utvidet i de senere år, men det er ulikt fordelt og varierer avhengig av bosted og personlig økonomi. Vi må sikre at kvaliteten og kompetansen ivaretas i det offentlige slik at tilbudet blir mest mulig likt.

■ Sykelig overvekt (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> eller  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> med følgesykdom) er et stort problem både nasjonalt og internasjonalt – for pasienten, for samfunnet og for helsevesenet. I tillegg til varierende grad av problemer i dagliglivet (økonomi, arbeidsuførhet og psykososiale forhold) medfører sykelig overvekt økt risiko for død og følgesykdommer som type 2-diabetes, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom, søvnapné, lungesykdom, leddplager og enkelte kreftformer.

## Behandling av sykelig overvekt i Norge

Overvekt har tradisjonelt ikke vært definert som sykdom, og før 2004 forelå det ingen offentlige medisinske behandlingstilbud. I de senere år har imidlertid det medisinskfaglige synet på overvekt endret seg, og departementet påla i 2004 de regionale helseforetakene å etablere et behandlingstilbud for pasienter med sykelig overvekt. Samme år etablerte de regionale helseforetakene en interregional arbeidsgruppe, som utarbeidet faglige anbefalinger for et nasjonalt samordnet behandlingstilbud. Gruppen besto av brukerrepresentanter og spesialister i kirurgi og indremedisin samt medlemmer fra administrasjonen i de regionale foretakene. Den første rapporten fra denne gruppen ble publisert i mai 2005 (revidert i 2007) (1). Arbeidsgruppen anbefalte opprettelse av et regionalt kompetansesenter med ansvar for å tilby helhetlig og likeverdig behandling til barn og voksne med sykelig overvekt i hver helseregion. De regionale kompetansesentrene skal i tillegg prøve ut og forske på ulike former for behandling, som lærings- og mestrings-tiltak, livsstilsendring, medikamentell behandling og fedmereduserende kirurgi.

Den interregionale faggruppen anbefaler at tidlig utredning og diagnostikk av sykelig overvekt i helseforetakene bør skje i regi av en tverrfaglig poliklinikk. I den nylig utgitte prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet (2) foreslås det at som hovedregel skal sykelig overvektige gis rett til prioritert helsehjelp, med en maksimumsfrist på 52 uker. Det understrekes at behandlingsforløpet starter med utredning i tverrfaglig poliklinikk og at retten til prioritert helsehjelp vil være knyttet til en slik utredning. Det videre behandlingsforløpet må følge vanlige krav til medisinsk forsvarlighet. Sykelig overvekt i seg selv gir altså ikke rett til kirurgisk behandling.

Forfatterne av en kronikk i Aftenposten etterlyste nylig en gjennomgang av hvilke kriterier som skal gjelde for å få innvilget fedmeoperasjon, og dernest hvordan man skal sikre hjelp og støtte til dem som sliter med bivirkninger og plager etter slike operasjoner (3). Begge temaer er grundig omtalt i de nasjonale anbefalingene (1).

## Ventetiden er avhengig av bosted

Det er store forskjeller i maksimal forventet ventetid for utredning av sykelig overvekt og oppstart av konservativ eller kirurgisk behandling. Ifølge hjemmesiden til Fritt sykehusvalg Norge (4) varierer ventetiden for utredning fra tre måneder til halvannet år, og ventetiden før innleggelse for operasjon varierer fra tre måneder til tre år. Retten til fritt sykehusvalg for denne pasientgruppen fungerer imidlertid ikke i praksis. Et sykehus kan avvise pasienter fra andre regioner når det må prioritere egne pasienters rett til vurdering og behandling (5).

## Private tilbud

Flere private aktører tilbyr behandling av fedme, og da først og fremst fedmeoperasjoner. Den største aktøren er Aleris, og ifølge deres hjemmeside ble det i 2009 utført 580 operasjoner (6). Antall fedmeoperasjoner ved denne private klinikken er således mer enn det dobbelte av hva man utfører ved noe offentlig sykehus i Norge. Det tilsvarer det totale antall operasjoner som ble utført ved de regionale kompetansesentrene i Helse Sør-Øst samme år, eller om lag halvparten så mange som totalt ble operert ved offentlige sykehus i Norge. Ventetiden er vesentlig kortere hos de private enn i det offentlige, men pasienten må i hovedsak betale behandlingen selv. Kvaliteten på den kirurgiske behandlingen er oftest meget god.

Det er imidlertid bekymringsfullt at mange kirurger som har fått sin opplæring ved offentlige sykehus, rekrutteres til stillinger ved private sykehus. Et høyt operasjonsvolum ( $> 50$  per år/kirurg) er nødvendig for å sikre god kvalitet, og dette kan bli vanskelig å gjennomføre når man skal lære opp nye kirurger. Med den utviklingen som man øyner konturene av i Norge og som allerede er fremtredende i Danmark og Sverige, risikerer man at operasjonskvaliteten best sikres innen det private helsevesen. Det er ytterst betenkelig dersom man

i det offentlige helsevesenet ikke klarer å oppfylle tilsvarende kvalitetskrav. De regionale kompetansesentrene har ansvaret for og skal legge premisene for pasientbehandling, forskning og fagutvikling. For å få dette til må vi legge forholdene til rette for å beholde gode fagfolk, bedre sykehusenes økonomiske kompensasjon for inngrepet samt øke kapasiteten slik at den står i forhold til behovet på landsbasis. Hvis spriket mellom offentlig og privat helsevesen er for stort når det gjelder kapasitet og erfaringsgrunnlag, risikerer vi at rollene blir byttet om. Dersom de foreslåtte nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av sykelig overvekt følges av alle regionale helseforetak, kan vi motvirke dagens negative utvikling der bosted og personlig økonomi er mer avgjørende for behandlingstilbudet enn faglige vurderinger.

## Jøran Hjelmesæth

joran.hjelmeseth@niv.no

## Rune Sandbu

Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst  
3103 Tønsberg

*Oppgitte interessekonflikter: Rune Sandbu har de siste fem årene mottatt reisetilskudd eller fått dekket utgifter for å delta ved faglige møter om overvektskirurgi. Sponsorer har vært Covidien og Bariatric Edge. Begge leverer utstyr til overvektskirurgi. Jøran Hjelmesæth har ingen oppgitte interessekonflikter.*

## Litteratur

1. Interregional arbeidsgruppe. Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten Voksne. 1.11.2007. [www.helsenord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf](http://www.helsenord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf) [27.7.2010]
2. Prioriteringsveileder – sykelig overvekt. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/prioriteringsveileder\\_sykelig\\_overvekt\\_469464](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/prioriteringsveileder_sykelig_overvekt_469464) [27.7.2010].
3. Groven KS, Engelstad G. Jakten på overvektige. Kronikk. Aftenposten 8.7.2010. [www.aftenposten.no/meninger/debatt/article3725226.ece](http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article3725226.ece) [27.7.2010].
4. Fritt sykehusvalg. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. [www.frittisykehusvalg.no/start/?p=118](http://www.frittisykehusvalg.no/start/?p=118) [27.7.2010].
5. Fritt sykehusvalg Norge, rettigheter. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. [www.frittisykehusvalg.no/Rettigheter/](http://www.frittisykehusvalg.no/Rettigheter/) [27.7.2010].
6. Aleris Overvektsklinikk. [www.overvekt.net/index.php?id=1029](http://www.overvekt.net/index.php?id=1029) [27.7.2010].

*Manuskriptet ble mottatt 4.6.2010 og godkjent 27.7.2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.*