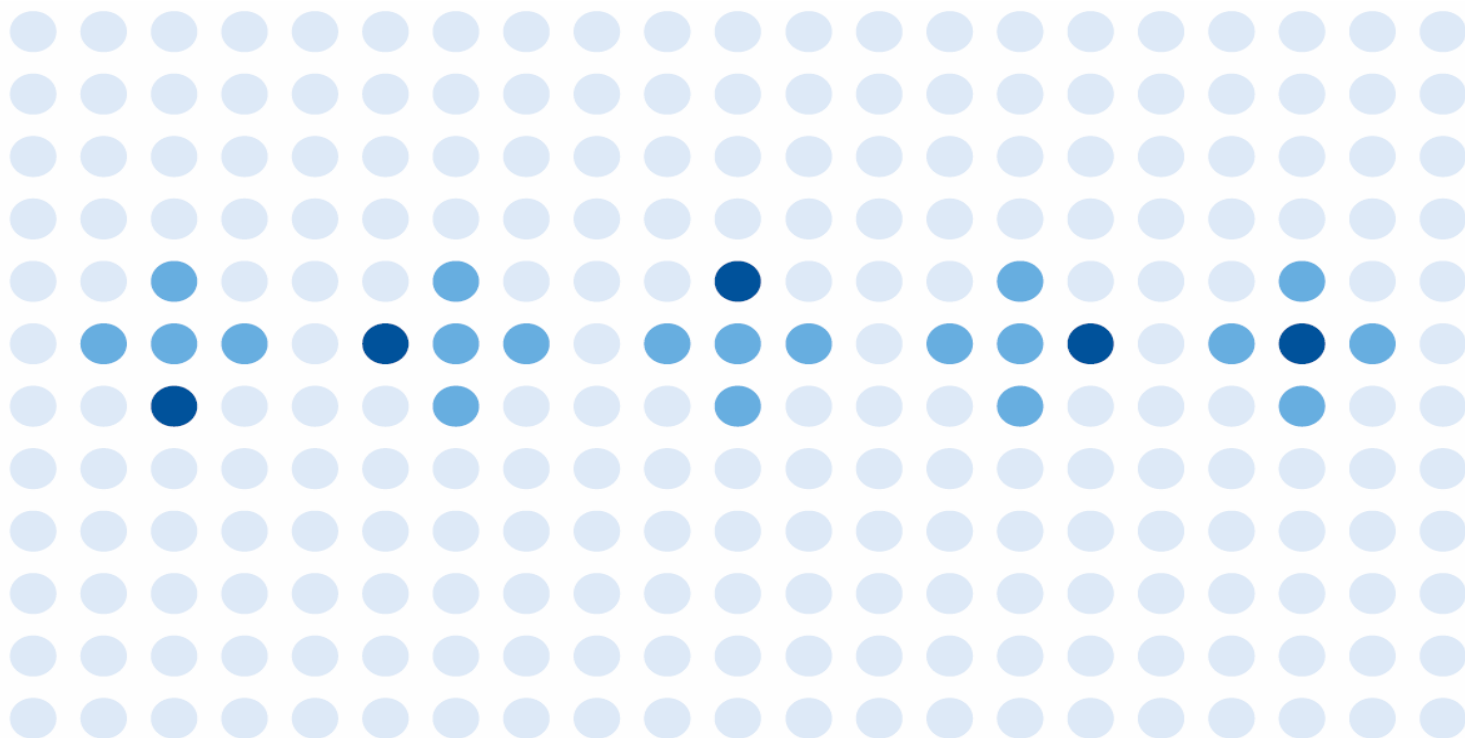


Behandling av sykkelig overvekt hos voksne

Dato 04.05.05



SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	4
1.1 BEGRUNNELSE FOR ETABLERING AV BEHANDLINGSTILBUD	4
1.1 ARBEIDSGRUPPENS MANDAT	5
1.3 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING OG ARBEIDSMETODE	6
1.4 KUNNSKAPSGRUNNLAGET	7
2 BEHANDLING AV SYKELIG OVERVEKT I SPESIALISTHELSETJENESTEN	8
2.1 PRIMÆRHELSETJENESTENS ROLLE	8
2.2 INDIKASJONER FOR BEHANDLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	9
2.3 RETNINGSLINJER FOR VURDERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	10
2.4 ORGANISERING AV BEHANDLINGSTILBUDET I SPESIALISTHELSETJENESTEN	11
2.4.1 <i>Regionalt senter for behandling av sykelig overvekt</i>	11
2.4.2 <i>Behandlingsforløp i 3 trinn</i>	11
Trinn 1: <i>Forberedelsesprogram</i>	12
Trinn 2: <i>Behandlingstiltak</i>	12
Trinn 3: <i>Oppfølgingsprogram</i>	12
2.5 BEHANDLINGSTILTAK I SPESIALISTHELSETJENESTEN	13
2.5.1 <i>Livsstilsendring - Kurssenter</i>	13
2.5.2 <i>Medisinske behandling</i>	15
2.5.3 <i>Kirurgiske behandling</i>	16
<i>Gastric banding (adjustable band)</i>	17
<i>Gastric bypass (gastrisk bypass)</i>	17
<i>Biliopancreatic diversion, BPD (duodenal switch)</i>	18
2.6 MINIMUMSKRAV TIL KOMPETANSE	19
2.7 KRAV TIL UTSTYR	19
3 FORSKNING OG FAGUTVIKLING	21
3.1 NASJONALT KVALITETSREGISTER	21
4 BEHOV OG KAPASITET	23
5 ØKONOMISKE VURDERINGER	25
5.1 HELSEØKONOMI	25
5.2 REFUSJONSORDNINGER	25
VEDLEGG 1: MODELL AV BEHANDLINGSFORLØP	28
VEDLEGG 2: STATUS I REGIONENE PR APRIL 2005	29
LITTERATUR	31

Sammendrag

Body Mass Index (BMI), eller på norsk kroppsmasseindeks (KMI), beregnes ved kg/m^2 , og er det mest brukte målet for kroppsstørrelse og kroppsfett. Med sykelig overvekt defineres $\text{BMI} \geq 40$ eller $\text{BMI} \geq 35$ med alvorlige følgesykdommer.

Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og voksne i Norge. Fedme medfører økt risiko for å utvikle bl.a. diabetes, hjerte- og karsykdommer, søvnapne og belastningslidelser. Sterkt nedsatt livskvalitet, depresjon og uførhet er vanlig blant pasienter med sykelig overvekt.

Behandlingstilbudet til denne pasientgruppen er ikke tilfredsstillende i dag i den offentlig helsetjenesten. Det finnes ikke nasjonale faglige retningslinjer verken for forebygging, utredning eller behandling av overvekt, og spesielt ikke for behandling av sykelig overvekt.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag av Helse og omsorgsdepartementet å etablere et behandlingstilbud til pasienter med sterk overvekt og fedme. For å sikre et enhetlig opplegg har en arbeidsgruppe i regi av de fem regionale helseforetakene utarbeidet anbefalinger for behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten.

I dag finnes ikke god nok kunnskap om hvordan overvektsbehandlingen skal organiseres for å få varig og tilfredsstillende vektreduksjon. Vi har heller ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som er best egnet til å redusere sykdommer og helserisikofaktorer som er forbundet med overvekt. Arbeidsgruppen har derfor anbefalt at det opprettes et senter for behandling av sykelig overvekt i hver helseregion.

Arbeidsgruppen mener at et nasjonalt register med langtidsoppfølging både av kirurgisk og konservativt behandlede pasienter er nødvendig for å gi et godt grunnlag for forskning og kvalitetskontroll.

En gunstig langtidseffekt på vektreduksjon og følgesykdommer er best dokumentert for kirurgisk intervensjon, og denne behandling vil derfor være en sentral del av behandlingstilbudet. Likevel vil arbeidsgruppen fremheve behovet for også å prøve ut nye konservative behandlingsmetoder. Disse behandlingstilbudene bør skje innenfor rammen av kliniske studier. Opprettelsen av regionale senter for behandling av sykelig overvekt vil kunne bidra til å standardisere behandling og oppfølging.

Med dagens finansieringsordning er refusjonen for behandling av overvekt ikke i samsvar med utgiftene. Behandlingskapasiteten svarer derfor heller ikke til behovet. Arbeidsgruppen mener at behandlingstilbudet kan økes vesentlig om de økonomiske forutsetninger forbedres.

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til at det utarbeides et finansieringssystem som understøtter nødvendig tverrfaglig og langvarig behandling av pasienter med sykelig overvekt.

1 Innledning

Behandlingen av sykkelig overvektige er et forsømt område og det finnes få behandlingstilbud i Norge. De fem regionale helseforetakene har derfor fått i oppdrag å etablere regionale og flerregionale behandlingstilbud til pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme (Styringsdokument 2004/Bestillerdokument 2005, Helse- og omsorgsdepartementet). Det er behov for å samordne kriteriene for behandlingstilbudene nasjonalt for å sikre kvalitet på behandlingen, likeverdige tilbud og for å styrke forskning og utvikling.

Med sykkelig overvekt defineres BMI ≥ 40 kg/m², eller BMI ≥ 35 kg/m² med alvorlige følgesykdommer.

Forekomsten av sykkelig overvekt er økende men det er vanskelig å fastslå eksakt hvor stor andel av befolkningen som har BMI ≥ 35 kg/m² og som vil ha behov for tilbud om behandling pga sykdom relatert til overvekten. Landsrepresentative data på 40 - 42 åringer viser at 2,1 % av mennene og 2,9 % av kvinnene har en BMI ≥ 35 kg/m², mens tilsvarende tall for de med BMI ≥ 40 er 0,4% og 0,7%. Dersom man antar at dette gjelder hele den voksne befolkningen (20 – 67 år) vil det tilsvare 54 000 personer med BMI ≥ 35 kg/m² og 13 500 med BMI ≥ 40 kg/m² (1).

Sykkelig overvekt er et voksende helseproblem med alvorlige helsemessige konsekvenser og med store samfunnsøkonomiske kostnader (type 2-diabetes, artrose, alvorlig hjerte-karsykdom, hypertoni, økt kreftrisiko og dødelighet). Nest etter røyking er fedme og fedmerelaterte sykdommer i dag den viktigste årsak til tidlig død (2).

Formålet med rapporten er å anbefale overordnede nasjonale føringer for etablering av ulike behandlingstilbud i hver helseregion.

1.1 Begrunnelse for etablering av behandlingstilbud

Det er faglig enighet om at helserisikoen ved sykkelig overvekt er betydelig, og at selv begrenset vektreduksjon har en stor helsemessig gevinst.

Man ser økt dødelighet ved en BMI > 27 , og økt risiko for sykdom allerede ved BMI > 25 . Omtrent halvparten av den voksne befolkningen i Norge har en BMI > 25 . Dette innebærer imidlertid ikke at alle disse skal behandles. I følge amerikanske retningslinjer anbefales at behandling av overvekt i helsetjenesten bare tilbys når pasienten har to eller flere risikofaktorer eller bukfedme (3).

I den norske Vekt-helserapporten står det: "Når det gjelder forebygging av vektøkning, bør overvektige eller fete personer som er utsatt på grunn av sin livssituasjon eller familiebakgrunn prioriteres. Denne gruppen inkluderer personer som bruker medikamenter som forårsaker vektøkning, personer med fysiske skader som begrenser fysisk aktivitet, genetisk utsatt personer som har en eller begge foreldre med fedme, personer som slutter å røyke og personer som nylig har redusert vekten" (3).

Det finnes få sykehusbaserte behandlingstilbud. De fleste sykehus har en eller flere kliniske ernæringsfysiologer, noen har tilbud til pasienter med overvekt relatert til sykdom, for eksempel diabetes eller hjerte-karsykdom, men det er få sykehus som kan tilby organisert tverrfaglig behandlingstilbud. Mange har ikke tilbud og pasientene avvises pga kapasitetshensyn. Det er også problemer med manglende oppfølging i primærhelsetjenesten.

Mål for behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten bør være bedre helse og mindre sykelighet, selv om pasienten ikke oppnår normal kroppsvekt.

Det er i dag mange ulike behandlingstiltak; kostbasert behandling, fysisk aktivitet, atferdsterapi, medikamentell behandling, og kirurgi eller kombinasjoner av disse. Tiltak som tar sikte på å oppnå varige endringer i kost- og aktivitetsvaner bør ligge til grunn i all behandling av personer med sykelig overvekt, også når medikamenter og kirurgi benyttes.

Langtidseffekten for flere av behandlingsmetodene er dårlig dokumentert, men tverrfaglig tilnærming og langvarig oppfølging synes å være avgjørende for å oppnå varig vektreduksjon (1, 3).

Kirurgisk behandling er aktuelt for pasienter med sykelig overvekt og hvor andre behandlingstilbud ikke har gitt resultat. Utvikling av nye ikke-kirurgiske (konservative) metoder, fulgt opp med studier, er nødvendig for å løse det økende helseproblemet.

Det bør rettes en forebyggende innsats mot overvekt fra helsetjenesten og andre sektorer. Sosial- og helsedirektoratet har anbefalt at det innen 1 – 2 år utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt/fedme for barn og voksne knyttet til helsestasjon, skole, og primær- og spesialisthelsetjeneste. Arbeidsgruppen mener at det haster med å få startet dette arbeidet.

1.1 Arbeidsgruppens mandat

En arbeidsgruppe, oppnevnt av administrerende direktør i de regionale foretakene, har fått oppgaven å utarbeide faglige anbefalinger for et nasjonalt samordnet behandlingstilbud til pasienter med sykelig overvekt,

Helse Midt-Norge RHF har hatt sekretariats- og lederansvaret for arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen skal vurdere og anbefale behandlingstilbud ved sykelig overvekt. Dette innebærer:

1. Medisinskfaglig begrunnelse for oppbygging av behandlingstilbud.
2. Utarbeide faglige retningslinjer for behandling av overvekt/fedme hos voksne, inkludert forberedelses- og oppfølgingstilbud. Dette gjelder både kirurgisk behandling, livsstilskurs og medikamentell behandling.
3. Definere minimumskrav til behandlingskjeder.
4. Vurdere kapasitetsbehov for kirurgisk behandling, medisinsk behandling og livsstilskurs.
5. Organisering av behandlingen nasjonalt og regionalt (inkl. forberedelses- og oppfølgingstilbud).
6. Kartlegge behov for kompetanse, opplæring og helsepersonellstillinger i behandlingskjeden.
7. Vurdere nasjonalt kvalitetsregister.
8. Nasjonal og regional forskning.
9. Økonomiske vurderinger, inkl. helseøkonomi, DRG-takster, basisbehov for utstyr, refusjonsordninger.

Framdriftsplan:

01.12.04 - Delrapport for kirurgisk behandling ferdigstilles.

01.02.05 - Arbeidsgruppen ferdigstiller og oversender rapporten til fagdirektørene.

14.04.05 - Høringsseminar for fagmiljø og brukere.

04.05.05 - Oppdatert rapport oversendes fagdirektørene.

1.3 Arbeidsgruppens sammensetning og arbeidsmetode

Arbeidsgruppen har vært sammensatt av representanter fra alle helseregioner. Gruppen har medlemmer med kompetanse innen kirurgi, medisin, samfunnsvitenskap og har medlemmer fra administrasjonen i de regionale foretakene. Brukere har medvirket i utarbeidelsen av forberedelse og oppfølgingsprogram i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Aker Universitetssykehus. Rapporten er drøftet i regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge.

Arbeidsgruppens medlemmer:

- Ronald Mårvik, dr.med. spesialist i gastroenterologisk kirurgi, Helse Midt-Norge
- leder for arbeidsgruppen
- Unni Dahl, rådgiver medisin og helsefag, Helse Midt-Norge RHF
- sekretær for arbeidsgruppen
- Rune Sandbu, dr.med. spesialist i gastroenterologisk kirurgi, Helse Sør
- Jøran Hjelvesæth, dr. med. spesialist i indremedisin og nyresykdommer, Helse Sør
- Heidi Kvalvaag, forsker/sosiolog Nasj.kompetansesenter for Læring og mestring, Helse Øst
- Jon Kristinsson, dr.med. spesialist i gastroenterologisk kirurgi, Helse Øst
- Christel Meyer, spesialrådgiver medisin og helsefag, Helse Øst RHF
- Villy Våge, spesialist i gastroenterologisk kirurgi, Helse Vest
- Ingvill Skogseth, seniorrådgiver, Helse Vest RHF
- Trude Grønlund, spesialrådgiver medisin og helsefag, Helse Nord RHF
- Jens Fromholt Larsen, PhD, spesialist i gastroenterologisk kirurgi, Helse Nord

Det har vært en egen arbeidsgruppe for medisinsk behandling ved sykelig overvekt

- o Jøran Hjelvesæth, dr.med. spesialist i indremedisin og nyresykdommer, Helse Sør – leder for gruppen
- o Serena Tonstad, overlege, dr.med. preventiv kardiologi, Helse Øst
- o Bjørn Gunnar Nedrebø, overlege, dr.med. spesialist i endokrinologi, Helse Vest
- o Bård Kulseng, dr.med. spesialist i endokrinologi, Helse Midt-Norge
- o Niels Ounsholdt, dr.med. spesialist i indremedisin og nefrologi, Helse Nord

Arbeidsgruppen har hatt 12 møter og to studieturer til Ebeltoft Kurcenter i Danmark (instusjons tilbud) og Landspítallinn (kirurgisk tilbud) og Reykjalundur (rehabiliteringsinstitusjon) på Island.

Det har vært arrangert et høringsseminar med deltakelse fra fagpersoner og administrasjon i helseforetak samt brukerrepresentanter. Det ble gitt mange innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Disse er vurdert av arbeidsgruppen og har vært vesentlige for oppdateringen av rapporten.

Arbeidsgruppen har gode erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet i gruppa. På bakgrunn av erfaringene, for å bidra til et likeverdig behandlingstilbud og for å styrke forskning og utvikling på området, anbefales et årlig møte mellom de regionale sentrene for behandling av sykelig overvekt.

1.4 Kunnskapsgrunnlaget

I arbeidet med rapporten "Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten" har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en omfattende oppsummering av forskningsbasert kunnskap fra systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer (1). Arbeidsgruppen har lagt vekt på vurderinger og konklusjoner som er gjort i denne gjennomgangen. Dessuten har man vurdert andre relevante enkeltstudier der oversiktene ikke har vært tilstrekkelig oppdatert.

2 Behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten

Personer med overvekt skal først og fremst behandles i primærhelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal tilby overvektsbehandling til alle pasienter når tilstanden medfører helseskader, og personer med sykdom relatert til overvekt eller fedme skal prioriteres.

Forebygging av vektøkning og behandling av overvekt for å redusere risiko for følgesykdommer bør tilbys alle pasienter som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Betydelige helsegevinster kan oppnås ved endring av levevaner, selv om vekten ikke reduseres (1).

Mål for behandling av overvekt i helsetjenesten er bedre helse og mindre sykkelighet. Reduksjon av BMI til under 25 eller 30 blir nesten aldri nådd ved annet enn kirurgisk behandling, og normalisering av kroppsvekten er ikke et realistisk medisinsk behandlingsmål. Men behandlingen er ikke mislykket selv om dette målet ikke blir nådd. Det er vist at en vektreduksjon på 5-10 % av utgangsvekt ofte gir den største helsegevinsten blant annet ved å redusere risiko for type-2 diabetes, bedre fastende blodsukker hos personer med type-2 diabetes, redusere risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og redusere høyt blodtrykk (4).

2.1 Primærhelsetjenestens rolle

Behandling av sykkelig overvekt er langvarig og pasientene har behov for livslang oppfølging. Et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet (1).

Fastlegene behandler mange med overvekt, er pasientens koordinator og får derfor en sentral rolle i behandling og i oppfølging av pasienter med sykkelig overvekt. Fastlegen bør ivareta den livslange oppfølgingen av pasienten.

Kost- og mosjonsråd er en viktig del av behandlingen sammen med oppfølging av vekt, diagnostikk og behandling av årsaker og følgetilstander til overvekten. Ved overgangen til spesialisthelsetjenesten har fastlegen ansvar for å utdype pasientens tilstand i henvisningen slik at misforståelser mellom nivåene ikke fører til forsinkelser. Arbeidsgruppen anbefaler at det utarbeides en standard henvisning for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen anbefaler at utredning og behandling i primærhelsetjenesten minst inneholder følgende:

- Høyde, vekt, BMI, livvidde, hoftevidde
- Matvaner, aktivitetsnivå
- Forekomsten av fedme, diabetes og hjerte-karsykdommer hos førstegradsslektinger
- Forekomst av følgesykdommer relatert til overvekten
- Røykestatus
- Vektutvikling
- Tidligere behandlingsforsøk
- Motivasjon for behandling
- Bruk av medikamenter for følgesykdommer av overvekten og bruk av medikamenter som forverrer overvekten.
- Alkoholinntak
- Eventuelle spiseforstyrrelser

I de tilfelle der det er en klar sammenheng mellom start av medikamentet og vektøkning, og der det finnes andre behandlingsalternativ, bør det gjøres forsøk på å endre behandlingen.

Unge personer med sykkelig overvekt kan ha en sterkere genetisk betinget form for overvekt. På mistanke om genetisk betinget overvekt, kan disse henvises videre til medisinsk genetisk laboratorium.

Pasienter med klare tegn på spiseforstyrrelser, skal først ha vurdering av tilstanden.

For at pasientene skal oppnå vektreduksjon er det nødvendig både med redusert energiinntak og økt fysisk aktivitet. Endringer av kost- og aktivitetsvaner er grunnlag i all overvektsbehandling (1). Tilbudet må være tilpasset individets ønsker og tidligere erfaring, lokale tilbud og legens kompetanse. Alternative tiltak kan være:

- Kurs som fremmer et balansert kosthold og fysisk aktivitet
- Medikamentell behandling med oppfølging hos lege kombinert med livsstilsråd
- Opptreningscenter eller råd fra klinisk ernæringsfysiolog med erfaring i behandling av overvekt

Tiltak for å vedlikeholde vekttap innebærer å støtte pasienter til å beholde vektreduksjon over lengre tid. Legen kan i samarbeid med pasienten finne fram til tiltak som kan hjelpe pasienten til vedvarende vekttap, for eksempel:

- Fysisk aktivitet i 60 min daglig (5)
- Opprettholdelse av normalisert kostsammensetning og porsjonsstørrelse
- Fedmereduserende medikament (6,7,8)
- Redusere sosiale og psykiske belastninger

Tiltakene bør prøves i minst 6 måneder. Fastlegen anbefales å følge opp effekten av tiltakene regelmessig. Dersom pasienten ikke har oppnådd forventet resultat, og dersom kriterier for behandling i spesialisthelsetjenesten oppfylles, kan henvisning sendes til regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt.

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten for behandling for sykkelig overvekt bør ha gjennomgått andre former for behandling.

2.2 Indikasjoner for behandling i spesialisthelsetjenesten

Personer med sykkelig overvekt kan henvises til spesialisthelsetjenesten når behandlingstilbudene i primærhelsetjenesten ikke har gitt resultat. Arbeidsgruppen har basert seg på internasjonalt anerkjente kriterier for behandling av sykkelig overvekt i spesialhelsetjenesten (9). Tiltakene er enten kirurgisk (10,11,12), livsstilsendringer/kurssenter (1, 3) eller medisinsk behandling (6,7,8)

Kriterier som må tilfredsstilles for at pasienten skal kunne vurderes for behandling for sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten:

- BMI ≥ 40 .
- BMI 35 – 40 med alvorlige følgesykdommer/ komorbiditet. Komorbiditet defineres som sykdom relatert til overvekten, og som i vesentlig grad kan bedres eller kureres med vektreduksjon.
- Eksempel på alvorlig komorbiditet er;
 - o Søvnapnoe / Pickwickian syndrom
 - o Kardiomyopati grunnet overvekt eller annen hjertesykdom
 - o Hypertensjon - som er vanskelig å regulere medikamentelt

- o Type 2-diabetes som er behandlet med tabletter eller insulin
- o Fysiske vansker som i vesentlig grad påvirker livssituasjonen, belastningssykdommer
- Alder: Veiledende aldersgrense 18 – 60 år, individuell vurdering over og under denne alder.
- Pasienter med følgesykdommer skal prioriteres.

2.3 Retningslinjer for vurdering i spesialisthelsetjenesten

Rett til nødvendig helsehjelp

Prioriteringsforskriften gir kriterier for hvilke pasienter som vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp og derved også hvem som skal behandles i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsforskriften § 2: Rett til nødvendig helsehjelp sier følgende:

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetslovens § 2-1 annet ledd når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

I merknadene fremgår at "Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

"Med forventet nytte av helsehjelpen" menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen."

Sykkelig overvekt kan lede til betydelige helseproblemer, så vel somatiske som psykososiale. Hjertekarsykdommer, type 2-diabetes, søvnapné, ledd- og ryggbesvær, gallesteinssykdom, hormonforstyrrelser og visse kreftformer forekommer hyppigere hos overvektige. Overvekt kan videre knyttes til økning av tidlig død. Nedsatt arbeidskapasitet og redusert livskvalitet som følge er vanlig.

Individuell behandlingsfrist

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at de fleste av pasientene som henvises og får behandling i spesialisthelsetjenesten etter de omforente kriterier for behandling, vil ha rett til nødvendig helsehjelp fordi alle de tre punktene i prioriteringsforskriften vil være oppfylt. Dette innebærer at lovens bestemmelser om individuell frist for når denne helsehjelpen skal være ytt, kommer til anvendelse.

Arbeidsgruppen anser kravet til individuell behandlingsfrist som tilfredstilt når pasienten inkluderes i en forberedende behandling (jf. kap. 2.4.2).

Et vellykket behandlingsresultat avhenger av stor egeninnsats av pasienten. Dette er vanskelig å forutsi, og er noe som må avklares tidlig i behandlingsforløpet.

2.4 Organisering av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten

Det finnes ikke i dag god nok kunnskap om hvordan overvektsbehandlingen skal organiseres for å få varig og tilfredsstillende vektreduksjon. Vi vet heller ikke nok om hvilke behandlingsmetoder som er best egnet til å redusere sykdommer og helserisikofaktorer som er forbundet med overvekt.

Arbeidsgruppen anbefaler følgende modell for behandlingsskjeden.

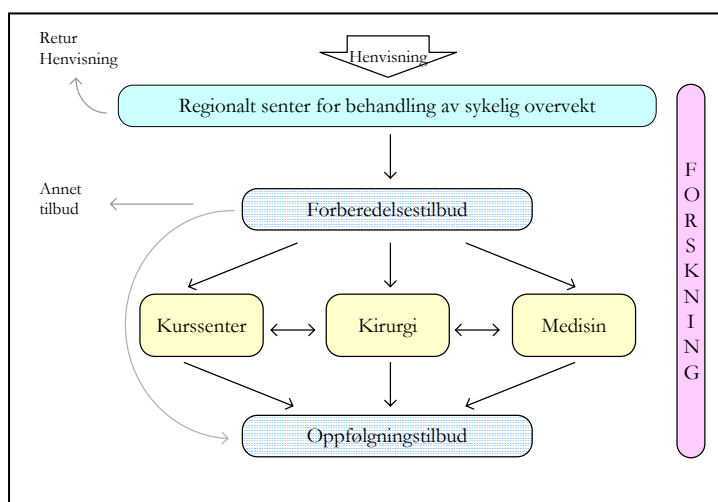


Fig 1. Modell av behandlingsskjeden

2.4.1 Regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt.

Arbeidsgruppen anbefaler at det i hver helseregion etableres et regionalt senter hvor man har ansvaret for at det tilbys helhetlig og likeverdig behandling til pasienter med sykkelig overvekt i regionen. Senteret skal ivareta spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver: Behandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og undervisning. Organisering av et regionalt senter bør tilpasses forholdene i de enkelte regionale helseforetak.

Det regionale senteret for behandling av sykkelig overvekt har i tillegg til vurdering, utredning og behandling av pasienter med sykkelig overvekt, ansvar for å prøve ut ulike former for behandling. Gjennom evaluering og forskning skal behandlingsmetoder og -forløp for sykkelig overvekt korrigeres og videreutvikles.

Arbeidsgruppen foreslår at det prøves ut samhandlingsprosjekt som har til hensikt å utvikle behandlingsprogram for overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Behandling av sykkelig overvekt krever en tverrfaglig tilnærming, og forutsetter stor faglig kompetanse og organisatoriske ressurser (1). (Jf. kap. 2.6 Minimumskrav til kompetanse)

2.4.2 Behandlingsforløp i 3 trinn

Arbeidsgruppen anbefaler at man etablerer et behandlingsforløp som inneholder tre trinn; forberedelse, behandlingstiltak og oppfølging.

Trinn 1: Forberedelsesprogram

Alle pasienter som skal gjennomgå behandling for sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre et forberedelsesprogram.

Forberedelsesprogrammet skal bidra til:

- Pasientenes evne til egeninnsats klargjøres
- Pasientene får innsikt i de ulike behandlingstilbudene og gis anledning til å velge riktig behandling ut fra egne behov og muligheter
- Pasienten får hjelp til å starte endringsprosesser i forhold til matvaner og aktivitetsmønster
- Legge grunnlag for videre behandling og et langvarig oppfølgingsopplegg

Gjennom forberedelsesprogrammet skal pasienten få hjelp til å sette seg selv i stand til å møte de utfordringene som overvektsbehandling medfører; nye matvaner og spisemønster, aktivitetsnivå, bevegelsesmønster og store forandringer av kroppen.

Sentralt i kurset er deltakernes arbeid med å utvikle kompetanse i hvordan de systematisk kan endre situasjoner og vaner, f. eks handlinger i forbindelse med overspising. Bruk av grupper og anerkjennende fagpersonell ansees som egnet for å sette i gang endringsprosesser og sikre nødvendig støtte fra andre (14 – 22). Bruk av grupper i forberedelsestilbudet er også grunnlag for å etablere selvhjelpsgrupper i oppfølgingsprogrammet.

Det finnes ikke klare faglige anbefalinger for det forberedende programmet, verken i forhold til faglig opplegg eller varighet. Arbeidsgruppen anbefaler at programmet bygger på anerkjent kunnskap og at det utarbeides en plan for hver enkelt deltaker. Ved valg av videre behandling, ved avslutningen eller etter forberedelsesprogrammet, skal pasienten tilbys samtale med lege.

Det foreberedende programmet kan enten være i tilknytning til regionalt senter for sykelig overvekt, til et eller flere helseforetak i regionen, til lærings- og mestringssentrene eller til andre aktuelle institusjoner. Det kan være en fordel å legge forberedelseskurset så lokalt som mulig for å unngå lange reiseavstander.

Forberedelser i lærings- og mestringssenter bør prøves ut. I lærings- og mestringssentrene finnes kompetanse og personell som spesielt arbeider med læring og endring. De har utviklet en praksis som sikrer tverrfaglighet og brukermedvirkning. Regionale og nasjonale nettverk gjør det mulig å bygge opp spesiell kompetanse innen overvektsbehandling på aktuelle lærings- og mestringssenter.

Arbeidsgruppen anbefaler at helseregionene prøver ut og evaluerer ulike opplegg.

Trinn 2: Behandlingstiltak

Når forberedelsene er gjennomført, vil pasienten henvises videre til neste trinn i behandlingen. På trinn 2 skisseres tre ulike behandlingstilbud: Medisinsk behandling, livsstilsendring i kurscenter og kirurgisk behandling (jf. kap. 2.5).

Trinn 3: Oppfølgingsprogram

Livsstilsendring griper inn i hele personens liv og er vanskelig å få til. Endringene i forhold til kosthold og fysisk aktivitet vil for mange kreve oppfølging over svært lang tid. Oppfølgingen støtter opp under den iverksatte behandlingen, opprettholdelse av vekt og videre vektreduksjon. Oppfølging ansees, sammen med bruk av grupper (nettverk), som viktigste faktor for vellykket overvektsbehandling (1, 3, 18, 23).

Oppfølgingsprogrammet skal bygge på anerkjente teorier og metoder for utvikling og endring i forhold til mat, spising, bevegelse og trening.

Det anbefales oppfølgingstilbud som sikrer at pasienten får:

- Hjelp til å knytte seg opp mot nettverk av personer i samme situasjon i form av nettverks-/selvhjelpsgrupper
- Hjelp til å starte i treningsopplegg lokalt
- Tilbud om veiledning
- Kontroll av vekttap og følgesykdommer

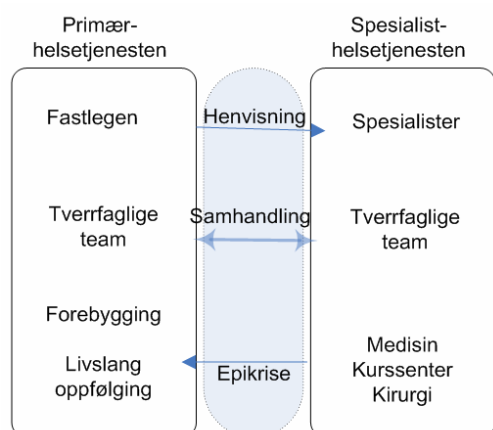
Etablering av oppfølging, selvhjelpsgrupper og tilrettelegging av treningstilbud kan legges til lokale lærings- og mestringssentre.

Samhandling med primærhelsetjenesten

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres et samarbeid med primærhelsetjenesten og frivillige organisasjoner i det langsiktige oppfølgingsprogrammet.

I overvektsbehandling oppstår et samhandlingsbehov som er knyttet til overgangsperioder der personell i primær- og spesialisthelsetjenesten er gjensidig avhengige av hverandres kompetanse. I tillegg til henvisninger og epikriser, er det behov for samarbeid knyttet til det forberedende tilbudet og oppfølgingen (jf. vedlegg 1). Samarbeidet skal bidra til å planlegge og å gjennomføre et sammenhengende og helhetlig behandlingsforløp for pasientene. For å utvikle gode modeller og behandlingstilbud, vil forskning og registreringsarbeid bli en vesentlig samhandlingsoppgave.

Figur 2. Samhandling



Individuell plan er et verktøy for samhandling om pasienter som trenger en langvarig oppfølging som er individuelt tilpasset. Pasienter med sammensatte og kroniske lidelser med behov for hjelp fra flere instanser, har rett til en individuell plan. Dermed vil de fleste pasienter med sykkelig overvekt ha rett til en individuell plan. Denne skal inneholde oversikt over tjenesteytere, omfang av tjenester og mål for arbeidet. Wisløff-utvalget foreslår at primærhelsetjenesten skal ha ansvaret for individuelle planer, mens spesialisthelsetjenesten har plikt til å medvirke i arbeidet (13)

2.5 Behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten

Det overordnede målet for behandling av sykkelig overvekt er reduksjon av følgesykdommer, økt livskvalitet og bedre helse. Arbeidsgruppen anbefaler at tiltak som tar sikte på å oppnå varige endringer i kost- og aktivitetsvaner bør ligge til grunn for all behandling av personer med sykkelig overvekt, også når medikamenter og kirurgi benyttes.

2.5.1 Livsstilsendring - Kurscenter

Det er flere retninger innen kost- og atferdsendring. I følge Vekt – helserapporten har overvektige som er i god fysisk form, redusert sykdomsrisiko. Fysisk aktivitet alene har en svak effekt på vekten, men øker hjerte- og lunge funksjonen og reduserer risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Kombinasjon av redusert energiinntak og økt aktivitet gir større vekttap enn kostendringer alene

eller fysisk aktivitet alene. Studier viser at personer som mosjonerer beholder vekttapet bedre enn de som ikke mosjonerer (3).

Det finnes mange ulike tilnærminger for å oppnå livsstilsendringer, men det mangler pålitelig oppsummert kunnskap om hvilke metoder som er effektive for at personer med overvekt kan bli i stand til å endre levevaner over tid. Det kan virke som om oppleggene bør strekke seg over lengre tid dersom man skal oppnå ønsket endring.

Det er dokumentert kortidseffekt for noen typer kurssenterbehandling, også for personer med svært høy BMI (23, 24). Langtidseffekten av overvektsbehandling i kurssenter er lite dokumentert (23). Manglende langtidseffekt kan forklares med bl.a. svak faglig forankring i kurstilbudet og manglende oppfølging (ettervern).

Det er et uttalt ønske og mål fra helsemyndighetene og fra brukerorganisasjonene om å prøve ut nye modeller for overvektsbehandling i kurssenter (1, 25). Begrunnelsen er bl.a. at det trengs mer systematisk kunnskap om konservativ behandling av sykkelig overvekt.

Arbeidsgruppen anbefaler at kurssenter som skal drive overvektsbehandling, skal ha et systematisk opplegg for å arbeide med kognitive, emosjonelle, paktiske, kroppslige og sosiale (relasjonelle) sider ved overvekt. Tilnærmingen bør baseres på nye og anerkjente teorier innenfor fag som arbeider spesielt med disse temaene; psykologi, pedagogikk, sosiologi, antropologi, fysiologi. Nedenfor skisseres noen retningsgivende teorier og tilnærminger til overvektsbehandling i kurssenter.

Teoretisk grunnlag

Teoretiske forståelse av overvekt innbefatter i tillegg til fysiologiske perspektiv, fenomenologiske, dvs. personens egen opplevelse av fenomenet (26, 27) handlingsteoretiske (28, 29, 30, 31) og endringsteoretiske perspektiv (18, 28, 40). Alle perspektivene er nødvendig for å gripe kompleksiteten i overvektsproblemet.

Av det vi i dag vet om utvikling og endring av forhold til kropp, mat og bevegelse synes tilnærminger basert på sentrale elementer i kognitiv terapi å være fornuftige (14, 17, 18, 27, 32, 33). Tilnærmingen har også vist seg effektiv i overvektsbehandling (23, 34). Kognitive tilnærming arbeider med tanker, emosjoner, handlinger og kroppslige reaksjoner, med utgangspunkt i konkrete situasjoner som den overvektige står overfor og ønsker å arbeide med (14, 33, 35). Sentralt i kognitiv terapi er fokus på mulighet og mestring fremfor problemorientering (17, 21, 36, 37). Det arbeides med bevisstgjøring av ubevisste handlinger, eksempelvis vaner i forhold til mat og bevegelse (26, 38, 39). Disse vanene kan endres gjennom å systematisk prøve ut nye handlinger (14, 33, 34).

Bruk av anerkjennende og støttende grupper synes, sammen med oppfølging å være den viktigste faktoren for å lykkes i overvektsbehandling (16, 18, 23). Gruppedeltakelse gir mulighet til å etablere kontakt med personer og å få støtte i utviklingen av ny selvforståelse (15, 23).

All læring har sitt utspring i og må forankres i individet selv (22, 31, 40). For å lykkes med endringsprosesser må den som skal gjennomgå endringer anse seg selv og bli sett på som aktivt handlende subjekt (32, 36). På bakgrunn av dette anbefales at personer som gjennomgår kurssenter betegnes *deltaker*. Betegnelsen deltaker peker på den overvektige som den aktive og ansvarlige i eget liv og på fagpersoner som tilrettelegger og katalysator for endringsprosesser fremfor behandler.

Anbefalt tilnærming i kurssenter

- Den overvektige ansees først og fremst som subjekt, ikke behandlingsobjekt
- Deltakerens egen opplevelse av situasjonen anerkjennes og brukes alltid som retningslinje for behandling

- Kartlegging og behandlingsopplegg skal utarbeides i samarbeid mellom deltaker og ansvarlig behandlingsteam
- Behandlingen skal innholde systematisk arbeid med
 - o forhold til spising
 - o forhold til mat
 - o forhold til kropp

Videre arbeid

Det er i dag begrenset med studier av behandling av sykelig overvekt i kurssenter. Behandlingen må derfor ansees som utprøvende. De regionale sentrene for behandling av sykelig overvekt må sikre at behandlingen baseres på anerkjent teori og eksisterende dokumentasjon. Det regionale senteret har ansvar å sørge for et tilfredsstillende kunnskapsnivå før iverksettelse av kurstilbud.

Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale sentrene prøver ut ulike tiltak for livsstilsendring både i tilknytning til poliklinikker, dagbehandling og/eller langtidsopphold på institusjon og at det utarbeides kriterier for det faglige innholdet i kursene.

2.5.2 Medisinsk behandling

Det foreligger begrenset dokumentasjon for effekten av medisinsk behandling av sykelig overvekt (BMI > 40) når det gjelder langvarig vektreduksjon (> 5 år), bedret livskvalitet og død.

Medisinsk behandling av sykelig overvekt er basert på energireduert kost, økt fysisk aktivitet, atferdsendring samt medikamentell behandling. Denne behandlingen har vist at man i løpet av 3-6 måneder kan oppnå en vektreduksjon på 5-10 %. Denne effekten vedvarer så lenge behandlingen og atferdsendringene fortsetter. Selv denne moderate vektreduksjon kan gi en relativt stor helsegevinst med bedring av blodtrykk, insulinfølsomhet, samt lavere blodkonsentrasjoner av skadelige fettstoffer og glukose. Urealistiske forventninger om betydelig vektreduksjon av medisinsk behandling kan vanskeliggjøre behandlingen.

Medikamentene orlistat (Xenical®) og sibutramin (Reductil®) er i dag de to eneste registrerte medikamenter som har dokumentert effekt på vektreduksjon. Det er dog mangelfull dokumentasjon ved sykelig overvekt (BMI > 40) og effekten på mortalitet er ikke dokumentert.

En 4 års dobbelt blind placebo kontrollert studie av over 3000 pasienter (BMI=37±4) som alle fikk livsstilsbehandling pluss orlistat 120 mg 3 ganger daglig eller placebo, viste at orlistat behandling reduserte forekomsten av nyoppstått type-2 diabetes med 37 % (1). Absolutt risikoreduksjon var 2.8 % (9.0 % vs 6.2 %), hvilket kan forstås slik at behandling av 36 pasienter med orlistat i 4 år kan forebygge ett tilfelle av diabetes. Behandlingseffekten var størst hos pasienter med nedsatt glukosetoleranse ved studiestart; behandling av 10 pasienter med orlistat pluss livsstilsendring i 4 år syntes å forebygge ett tilfelle av diabetes sammenlignet med livsstilsendring alene (4).

Orlistat hemmer fettopptaket fra tarmen. Dette fører til at en mindre del av energiinnholdet i et måltid mat blir tatt opp i kroppen. Sibutramin hemmer appetitt samtidig som varmeproduksjonen øker. Felles for begge medikamenter er at noen pasienter responderer godt på behandlingen. Responderer er pasienter som går ned 5 % eller mer i vekt de første 3 behandlingsmåneder. Disse kan bruke medikamentene videre for den godkjente behandlingsperioden (4 år for Xenical® og 1 år for Reductil®). Vekten øker vanligvis gradvis etter at pasienten har sluttet med medikamentet. Man vil da eventuelt gjenoppta behandlingen.

Begge preparatene har bivirkninger som kan bidra til et høyt frafall i studier der orlistat og sibutramin inngår, særlig i langtidsstudier. Men en annen viktig grunn til frafall er at pasienten mister fokuset og faller tilbake på de gamle vanene. En Cochrane-analyse av 16 randomiserte

dobbeltblindede intervensjonsstudier med enten orlistat eller sibutramin, har nylig konkludert med at omtrent 15 % av pasientene som fullfører behandlingen kan oppleve et betydelig vekttap (>10 %) (7,8). Behandling med disse preparatene bør startes i primærhelsetjenesten hos pasienter som har BMI > 30 (eller 28-30 med tilleggssisikofaktorer) og som i tillegg er med i et vektbehandlingsprogram.

Vitenskapelige perspektiver på medisinsk/medikamentell behandling.

Kunnskap om hvilke mekanismer som fører til overvekt og sykelig overvekt er på rask frammarsj. Flere medikamenter som tar utgangspunkt i denne nye viten er under utvikling. Det er behov for forskning på farmakologisk behandling av overvekt; om den kan målrettes etter individuelle neurohormonelle, biokjemiske/genetiske faktorer og om det er enkelte grupper av overvektige som kan ha nytte av spesifikke medisiner. Det kreves god dokumentasjon på effekt av de nye preparatene, ikke bare på vekttap, men på livskvalitet, sykelighet og dødelighet. Det blir også nødvendig å se på hvordan kombinasjon av disse medikamenter virker inn på vekten.

Preparatomtale:

Xenical® (orlistat)

Passer godt for pasienter med metabolsk syndrom. Det er viktig at pasienten i tillegg spiser 3 hovedmåltider per dag, og at det totale fett- og energiinntaket samtidig reduseres. Preparatet virker lokalt i tarmen; hemmer fettfordøyelse.

Dosering: 120 mg x 3 per dag.

Bivirkninger: Lokale fra mage/tarm hvis for mye fett; se preparatomtale

Kontraindikasjon: Malabsorpsjon

Interaksjoner: Se Felleskatalogen.

Dokumentasjon: Reduserer forekomst av type 2 diabetes; reduserer LDL kolesterol; kan bedre andre risikofaktorer.

Reductil® (sibutramin)

Passer godt for yngre pasienter som overspiser. Preparatet gir metthetsfølelse.

Dosering: 10 mg per dag; kan økes til 15 mg per dag.

Bivirkninger: Munntørrehet, økt blodtrykk og puls; se preparatomtale for flere.

Behandlingen bør avbrytes hvis økning i puls ≥ 10 slag per minutt eller ved økning av systolisk eller diastolisk blodtrykk ≥ 10 mmHg. Likeledes bør behandlingen avsluttes dersom blodtrykket stiger til >145/90 hos tidligere velkontrollerte pasienter ved 2 påfølgende kontroller.

Kontraindikasjoner: Tidligere alvorlig spiseforstyrrelse, hjerte- og karsykdom, bipolar lidelse, se preparatomtale for flere.

Interaksjoner: Se Felleskatalogen.

Dokumentasjon: Øker HDL kolesterol; kan bedre andre risikofaktorer

2.5.3 Kirurgisk behandling

Nye og forbedrede operasjonsmetoder har de siste 10 år gjort at stadig flere sykehus har valgt å tilby kirurgisk behandling for sykelig overvekt (bariatrisk kirurgi). I Europa ble det i 2003 operert ca 40 000 pasienter, mens det i USA ble operert vel 100 000 pasienter, en dobling siden år 2000 (41, 64).

Det finnes ulike kirurgiske metoder som benyttes ved sykelig overvekt, og flere varianter av respektive metoder. I dag er det i hovedsak tre forskjellige operasjonsmetoder som benyttes. I hovedtrekk skiller man mellom operasjoner hvor magesekken innskrenkes ved hjelp av et silikonbånd, og operasjoner hvor hoveddelen av magesekken kobles ut samt en utkobling av en kortere eller lengre del av tynntarmen. Operasjonene kan gjøres enten med laparoskopisk (kikkehullskirurgi) eller åpen teknikk. Laparoskopisk kirurgi gir mindre behov for intensivovervåkning, mindre smerte, raskere rekonvalesens, kortere liggetid samt at pasientene har

mindre risiko for å utvikle bukveggssbrokk. Ulempene er lengre operasjonstid, økte operasjonskostnader og lengre læringskurve.

En metaanalyse viser en reduksjon av pasientens overvekt på henholdsvis 47 % etter gastric banding, 62 % etter gastric bypass og 70 % etter biliopancreatic diversion (BPD) (9). Operasjonene fører til redusert blodtrykk, bedring av type 2-diabetes, samt bedring av søvnapné. Virkemåte og bivirkninger er forskjellige for de ulike metodene. Valg av operasjonsmetode må derfor baseres på avveining av den operative risiko, pasientens ønske, følgesykdommer (komorbiditet), spisevaner, motivasjon og kirurgens erfaring.

Eksempler på bivirkninger er sure oppstøt, oppkast, "dumping syndrome", luftplager i magen, illeluktende avføring, diaré og underernæring. Pasienter som er operert med gastric bypass eller BPD trenger tilskudd av vitaminer og mineraler resten av livet.

Dødelighet er høyest ved BPD og lavest ved gastric banding. En må anta at dødeligheten vil være høyest ved oppstart av overvektskirurgi.

Kirurgisk behandling krever spesielle forberedelser

Dersom pasienten er i god fysisk form og psykisk forberedt til kirurgi forventes bedre resultat av behandlingen. Pasienter som skal opereres må tilbys en forbehandling hvor målet er å redusere operasjonsrisiko, sikre at pasienten har tilstrekkelig kunnskap om operasjonen og betydningen av livsstilsendring for å oppnå et godt langtidsresultat.

Målet med forberedelsene er en vektreduksjon på 5-10 % av utgangsvekt (redusere fettlever), og at pasienten er røykfri i minimum 6 uker før operasjonen.

Pasienten skal også informeres om den forstående operasjonen, spesialkost før og etter operasjonen, komplikasjoner på kort og lang sikt, postoperativt forløp og smertebehandling.

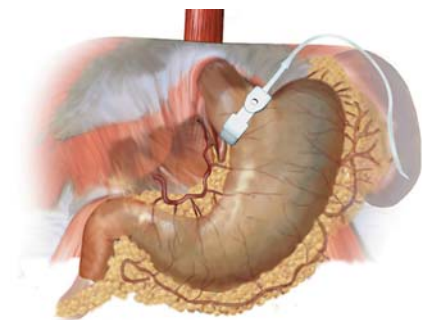
De vanligste kirurgiske metodene som brukes i Norge i dag er:

Gastric banding (adjustable band)

Mens man på 1980 tallet brukte uelastiske bånd for å avsnøre magesekken er det i dag utviklet flere typer justerbare silikonbånd. Etter plassering kan båndet justeres ved at veske settes inn i båndet for å minske åpningen. Båndet plasseres så høyt opp på magesekken at pasienten kun kan spise små mengder per måltid.

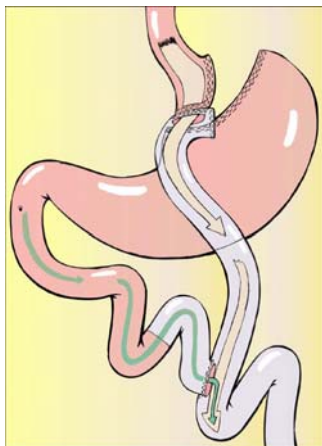
Operasjonen er forholdsvis enkel, med få alvorlige postoperative komplikasjoner og med kort liggetid (42). Problemene ved denne operasjonen er at båndet kan komme ut av stilling (dislokeres) og gi økt passasjehinder. Gastric banding har høyere andel reoperasjoner og gir mindre vedvarende vekttap enn Gastric bypass og Duodenal switch i løpet av de første 5 årene (43).

(Ethicon®)



Gastric bypass (gastrisk bypass)

Operasjonen går i hovedsak ut på å minske magesekken til ca 30-50 ml samt å sjalte ut deler av tynntarmen, 1 til 3 meter, for å minske absorpsjon av næringsstoffer. Jo større del av tarmen som sjaltes ut, desto større er risikoen for mangelsykdommer (vitamin- og mineralmangel). Dette medfører at alle pasienter må tilføres vitaminer og mineraler daglig og kontrolleres med blodprøver resten av livet.



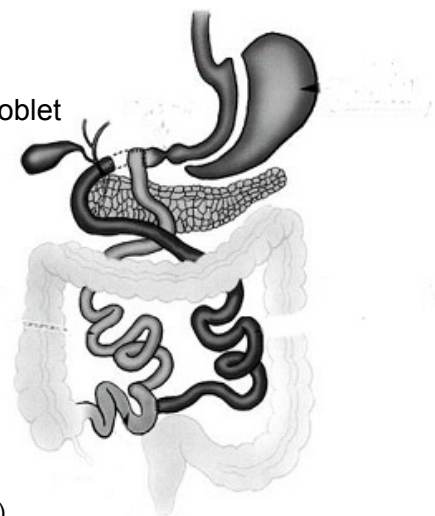
Gastric bypass kan benyttes til pasienter med sykkelig overvekt (obese og superobese). I større materialer gir den en reduksjon av overvekten (excess weight loss, EWL) på 60 - 80 % (9). Metoden gir ellers forholdsvis lite bivirkninger. I tillegg til et akseptabelt vekttap gir metoden en betydelig reduksjon av risiko for tidlig hjertedød, hypertoni, diabetes, muskel-skjelettsykdom mv. samt økt livskvalitet (44).

Gastric bypass er den mest brukte operasjonen ved sykkelig overvekt i Norge i dag. Gastric bypass har lavest dødelighet og gjøres enkelte steder i verden som dagkirurgisk behandling (9). Dødelighet i løpet av de første tretti dager etter operasjonen er ca 0.5 %, men i en oppstartsfasen vil den ligge noe høyere.

Biliopancreatic diversion, BPD (duodenal switch)

Dette er en operasjonsmetode hvor ca. 60 % av tynntarmen er koblet ut og ca 60 % av magesekken er fjernet. I de fleste studier er det denne metoden som gir størst vekttap og tilsvarende gode resultater vedrørende komplikasjoner (følgesykdommer) til pasientens overvekt.

Operasjonen er noe mer omfattende og ressurskrevende enn de øvrige og gir mer bivirkninger som diare etc. Den egner seg spesielt til pasienter med BMI over 50 (9). Dødelighet (mortalitet) i løpet av de første tretti dager etter operasjon er ca 1 % (9).



(Anthone GJ et al.)

Kirurgisk oppfølging

Kontroll etter kirurgi har i tillegg til den generelle oppfølgingen som formål å kontrollere det umiddelbare postoperative forløp, oppdage komplikasjoner tidlig og behandle disse (45, 46, 47). Videre må oppfølgingen ivareta kontroll og forebygging av sene komplikasjoner (vitaminmangel, malabsorpsjon m.v.)

Kirurgisk oppfølging må organiseres slik at pasientene kontrolleres av det tverrfaglig teamet relativt hyppig (poliklinisk, telefonisk). Behandling av denne pasientgruppen forutsetter spesiell kompetanse, derfor bør pasientene ha lett tilgjengelighet til det tverrfaglige teamet.

Det er ofte behov for plastisk kirurgiske inngrep hos pasienter som har hatt et stort vekttap. Arbeidsgruppen anbefaler at helseregionene sikrer et tiltrekkelig plastisk kirurgisk tilbud for pasientgruppen.

2.6 Minimumskrav til kompetanse

Behandling av pasienter med sykelig overvekt er en tverrfaglig teamoppgave. I regionalt senter for behandling av sykelig overvekt anbefales følgende kompetanse:

- Medisinsk kompetanse (lege) med spesiell interesse for behandling av pasienter med sykelig overvekt og de fedmerelaterte sykdommer som diabetes, hypertensjon, hyperlipidemi, metabolsk syndrom
- Kirurgisk team med kompetanse innen gastrokirurgi (minimum 2 kirurger)
- Ernæringsfysiologisk kompetanse
- Lærings- og endringskompetanse
- Sykepleiefaglig kompetanse
- Anestesiologisk kompetanse og døgnåpen intensivenhet
- Forskningskompetanse

Behandling av sykelig overvekt bør følges av en gjennomgripende endring av livsførselen, noe som gjør det nødvendig at det tverrfaglige teamet har knyttet til seg personer med kompetanse til å lede grupper med fokus på endrings- og læringsprosesser. I tillegg må teamet ha tilgang på fysioterapeut og psykolog.

En vesentlig oppgave er å sikre en løpende kvalitetssikring og fagutvikling innenfor området. Derfor skal de individuelle pasientforløp dokumenteres, og det skal foregå forskningsinnsats som kan bidra til utvikling av nye behandlingsmetoder.

For kirurgisk behandling er det vesentlig for kvaliteten at senteret har et visst volum på aktiviteten. Gruppen anbefaler et minimum på 40 operasjoner per år.

Det anbefales å tilrettelegge for brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av behandlingstilbudet.

2.7 Krav til utstyr

For å kunne opprette et behandlingstilbud ved sykelig overvekt er det nødvendig med møbler, utstyr for undersøkelser og behandling som er tilpasset pasientgruppens vekt og størrelse.

Regionalt senter for behandling av sykelig overvekt

Pasienter som skal opereres for sykelig overvekt kan veie over 250 kg. Dette medfører en stor belastning på sykehuspersonalet dersom utstyret ikke er optimalisert. Det anbefales derfor at sykehus som skal operere så tunge pasienter blir utstyrt med:

Stoler og lenestol/sofa som er 80-100 cm bred. Senger med elektrisk regulering, sengeheis, undersøkelsesbenk, bred blodtrykkmansjett, pasientvekt opp til 300 kg og en rullestol dimensjonert for pasienter med sykelig overvekt. I tillegg anbefales gulvmonterte toalettstoler framfor veggmonterte.

Det er nødvendig med operasjonsbord som tåler ≥ 250 kg i alle posisjoner. For den laparoskopiske kirurgien behøves et langt 30° laparoskop og lange laparoskopiske instrumenter. I tillegg behøves heis for å løfte pasienten fra operasjonsbordet til sengen. Den samme heisen kan også brukes ved avdelingen for mobilisering. Annet utstyr kan være nødvendig vurdert ut i fra den lokale utstyrsparken på operasjonsstuen ved det enkelte sykehus.

For sykehus som skal drive overvektkirurgi anbefales en computertomograf som tåler minst 200 kg.

Kurssenter

I tillegg til tilpassede møbler har pasientgruppen behov for gymnastikksal, svømmebasseng, treningskjøkken og et uteareal som egner seg for fysisk aktivitet.

3 Forskning og fagutvikling.

Det mangler pålitelig oppsummert kunnskap om hvilke konkrete metoder som er effektive for å få folk til å endre levevaner over tid. Generelt bør bare tiltak som er dokumentert effektive implementeres i helsetjenesten og det er derfor et stort behov for å øke forskningsinnsatsen på dette området.

Arbeidsgruppen mener det er viktig med forskning på kirurgisk og konservativ behandling av sykelig overvekt, både på nasjonalt plan og regionalt. Det viktigste i denne sammenheng er å opprette et nasjonalt register.

Arbeidsgruppen ser ikke på det som sin oppgave å detaljstyre forskningen, verken regionalt eller nasjonalt. Det er imidlertid viktig å kunne evaluere de forskjellige metodene både innenfor kirurgisk behandling og konservativ behandling. Vi ser også at disse to metodene kan evalueres opp mot hverandre. I tillegg er det viktig å se på hvilke økonomiske konsekvenser sykelig overvekt har for samfunnet. Særlig etterspørres den økonomiske gevinsten når kostnadskrevende tiltak vurderes.

Det er viktig å opprette stillinger (eksempelvis en forskningssykepleier) på hvert regionale senter som skal ivareta registrering av resultater forbundet med behandling og forskning.

3.1 Nasjonalt kvalitetsregister

Det legges derfor opp til registrering i minst ti år, da data om komplikasjoner, sykelighet og dødelighet vil være essensielt for evaluering. Det kan nevnes at det ved enkelte senter i USA har vært opp til 20 % dødelighet ved oppstart av kirurgisk behandling av sykelig overvekt.

Gruppen anbefaler at alle regionale senter som driver med kirurgisk eller konservativ behandling av sykelig overvekt, blir pålagt å registrere sine pasienter i et nasjonalt register. Styringsgruppen bør hvert år rapportere de foreliggende data.

Registeret vil inkludere pasienter som gjennomgår ulik behandling. På sikt kan dette gi grunnlag for å evaluere effekt og bivirkninger av ulike metoder. Dette kan også gi innsikt i om en behandlingsform vil være å anbefale for alle pasienter, eller om man på grunnlag av andre pasientdata bør anbefale pasienten én spesiell behandling innen hovedgruppene av behandlingsmetoder:

- Kurssenter
- Medisinsk behandling
- Kirurgisk behandling

Kvalitetskontroll

Registeret vil gi grunnlag for kvalitetskontroll når det gjelder ulike behandlingstilbydere. Dette er særlig relevant ved kirurgisk behandling, hvor komplikasjoner kan være alvorlige. Per i dag utføres kirurgisk behandling ved sju sykehus.

Forskning

Pasientregister basert på en bredt anlagt datainnsamling vil bli gjenstand for forskning fra flere faggrupper. Databasen vil bl.a. kunne besvare spørsmålsstillinger av interesse for kirurger, endokrinologer, kliniske ernæringsfysiologer, samfunnsvitere, sykepleiere og idrettsfysiologer. Registeret vil kunne være utgangspunkt for en rekke internasjonale publikasjoner.

Organisering

Registeret foreslås lagt til St Olavs Hospital HF. IT-infrastruktur er utviklet av Enhet for anvendt klinisk forskning, Medisinsk Fakultet/NTNU. I den forbindelse må det opprettes:

- Leder for pasientregister
- Styringsgruppe for prosjektet
- Ressursgruppe tilknyttet registeret
- Ansvar for drift og daglig vedlikehold av pasientregisteret

4 Behov og kapasitet

Det er usikkert hva som er behovet for behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Man har fortsatt ikke nok erfaring med de ulike behandlingstilbudene. Det er også et etterslep av pasienter som ønsker operasjon, fordi man ikke har gjennomført overvektsoperasjoner de siste 12-15 år.

Oversikten viser at det er en underkapasitet for behandling av sykelig overvekt i Norge.

Pr 010405	Antall henvisninger/ pasienter på venteliste til behandling	Beregnet kapasitet på kurssenter for 2005	Beregnet operasjons- kapasitet for 2005
Helse-Sør	400	50	70
Helse-Vest	250	48	30
Helse-Øst	350	50	60 - 80
Helse-Midt Norge	200	50	80
Helse-Nord	200		50
Totalt	1400	198	310

Tabellen viser venteliste til kirurgisk behandling for noen regionale helseforetak. For andre inneholder tabellen både henvisninger og venteliste for kirurgisk- og konservativbehandling.

Med den planlagte operasjonskapasiteten for 2005, vil mange pasienter som oppfyller kriteriene for kirurgisk behandling ikke kunne tilbys operasjon før om flere år. Arbeidsgruppen har diskutert ulike måter å løse problemet med mangelen på operasjonskapasitet; mange pasienter har indikasjon for kirurgisk behandling, men kan likevel ikke tilbys slik behandling innen en rimelig ventetid.

Både konservativt og kirurgisk behandlingstilbud for sykelig overvekt er nyetablert eller under etablering. Tilbudet er sannsynligvis ennå ikke tilstrekkelig kjent hos brukergruppene, og en må derfor forvente at tilstrømningen av henvisninger vil øke ytterligere.

Behandling i utlandet

Flere pasienter har gjennomgått kirurgi for sykelig overvekt i utlandet 2004. Noen har utviklet alvorlige og livstruende komplikasjoner. Komplikasjonene har ikke alltid blitt tilfredsstillende håndtert og noen pasienter har kommet hjem før komplikasjonene er blitt oppdaget. Komplikasjonene har nødvendiggjort nye inngrep, påført pasientene store lidelser og lagt beslag på mye intensivkapasitet ved det enkelte sykehus.

Selv om man må regne med at alvorlige komplikasjoner også kan oppstå ved operasjoner i Norge, er forutsetningene annerledes med en kontinuitet i behandlingsskjeden. Dersom det ikke satses tilstrekkelig regionalt for å skaffe erfaring og bygge opp et behandlingstilbud, vil man heller ikke utvikle nasjonal og regional ekspertise for å kunne håndtere alvorlige komplikasjoner.

Den kirurgiske behandlingen er bare en del av behandlingen, mens oppfølging vil fortsette i mange år. Dessuten kan det oppstå senkomplikasjoner etter kirurgi. Det er derfor viktig at de enkelte deler av behandlingsskjeden er samordnet. Dette er vanskelig å oppfylle dersom pasienten sendes til utlandet for kirurgi. Dette til tross erkjenner arbeidsgruppen at et fåtall

pasienter, på grunn av sykkelig overvekt og alvorlige følgesykdommer, bør tilbys operasjon i utlandet - i og med at vi ennå ikke har kapasitet til å gjøre dette i Norge innen den tidsfrist som anses som medisinsk forsvarlig. Dette anbefales i en overgangsperiode og for pasienter med mest alvorlig fedmerelatert sykdom.

Arbeidsgruppen vil signalisere at operasjonskapasiteten kan økes nasjonalt dersom økte økonomiske ressurser stilles til disposisjon.

5 Økonomiske vurderinger

5.1 Helseøkonomi

Det er i dag utført mest forskning på kirurgisk behandling av pasienter med sykkelig overvekt. For den enkelte pasient kan nytten av kirurgi evalueres ut i fra størrelsen på vekttapet (målt i % tap av overvekta, % EWL), kurasjon / bedring av komorbiditet (følge-/tilleggssykdom pga fedme) og bedring i livskvalitet. Endringene må være langvarige, fortrinnsvis livslange. Metoder som jejunioileal bypass, gastric bypass og biliopancreatic diversion (BPD) gir gode langtidsresultater (> 10 år, for noen > 20 år oppfølging) når det gjelder vedvarende vekttap og kurasjon av komorbiditet (48, 49, 50). Livskvalitetsstudier er relativt nytt i kirurgisk praksis og langtidsresultat har vært etterlyst. De publikasjoner som foreligger tyder imidlertid på at den bedringen i livskvalitet som pasienten opplever, som en følge av vekttap etter kirurgi, vil vedvare forutsatt et adekvat vekttap uten vektøkning, og uten alvorlige bivirkninger pga kirurgien (51, 52, 53).

Det har lenge vært kjent at type 2-diabetes hos pasienter med alvorlig overvekt kan kureres med kirurgi, og at dette reduserer dødelighet hos denne gruppa sammenliknet med konservativ behandling (54). En nylig publisert studie viser at en ved kirurgi også kan redusere dødelighet hos pasienter med sykkelig overvekt som ikke har kjent komorbiditet ved inklusjon, sammenliknet med konservativ behandling (55).

Å evaluere kostnad / nytte for denne fedmebehandling i et samfunnsøkonomisk perspektiv er komplisert. I Swedish Obese Subjects Study (SOS) ser det ut til at i gruppen behandlet med kirurgi blir sykemeldinger, uføretrygd og medisinerutgifter til behandling av type 2-diabetes og hjerte-/karsykdom redusert, mens sykehusutgifter og utgifter til medisin grunnet bivirkninger av kirurgi øker. Samlet sett, for kostnader til medisinbruk kommer de to gruppene ut omtrent likt etter 6 år (56). I SOS er de fleste pasientene operert med gastric banding og vertical banding gastroplasty (VBG), kun ca 13 % av pasientene er operert med gastric bypass, -ingen med BPD og vekttapet samlet sett 8 år etter kirurgi er kun moderat (gjennomsnittlig vekttap = 16 %, tilsvarer om lag 26 % EWL) (57, 58). I en britisk rapport basert på litteratur publisert fram til 2002 konkluderer en med at kirurgisk behandling er samfunnsøkonomisk nyttig sammenliknet med konservativ behandling (59). I en nylig publisert studie fra Canada, med oppfølgingstid 5 år og % EWL på det tidspunkt 67 % konkluderes med at kirurgien ga klar samfunnsøkonomisk gevinst, og at utgiftene ved kirurgi ble hentet inn allerede 3.5 år etter operasjon (60). Dette er rimelig i samsvar med tidligere estimat som gikk ut på at utgifter ved kirurgi kunne hentes inn etter 4 år (61).

Det er grunn til å tro at den samfunnsøkonomiske nytten ved behandling av sykkelig overvekt vil variere ut fra faktorer ved den enkelte pasient og type behandling fordi vekttap og prosent kurasjon av komorbiditet vil variere mellom de ulike behandlingene (9). Dess yngre, mer overvektig og mer komorbiditet pasienten har, og dess større vekttap og høyere prosent kurasjon av komorbiditet en oppnår med den behandling en utøver, dess større helseøkonomisk gevinst, forutsatt at det ikke oppstår komplikasjoner.

5.2 Refusjonsordninger

Kostnader ved operasjon og kirurgiske takster

Arbeidsgruppens beregninger anslår sykehusopphold til å koste omkring 90 000 kr for gastric bypass. Ved utenlandsbehandling ligger kostnadene på 110 000-130 000 kr per operasjon.

Refusjonene for de ulike kirurgiske metodene som er benyttet i behandling av sykelig overvekt må være i samsvar med de reelle kostnadene. Per i dag er disse inngrepene underfinansierte, med en DRG-refusjon 288A, vekt 1,78: som gir kr 32 387 (60%, 2005) uansett hvilken metode som benyttes. Tre typer inngrep kan være aktuelle (BPD, gastric bypass og justerbart gastric band). Det er forskjell i kostnader mellom disse inngrepene og refusjonene må derfor differensieres ut fra type inngrep. I tillegg må det differensieres mellom åpen og laparoskopisk operasjon.

Dersom komplikasjoner skulle oppstå kommer utgifter til dette i tillegg, og slike refusjoner må differensieres ut i fra hvilken type komplikasjon(er) det er snakk om.

Biliopancreatic diversion (BPD) er en metode som er ny i Norge og som derfor ikke er oppført med egen operasjonskode i "Klassifikasjon av kirurgiske inngrep, klinisk prosedyrekodeverk" utgitt av KITH Statens helsetilsyn. Det bør lages slik kode, og operasjonen bør kunne spesifiseres i BPD Scopinaro og BPD duodenal switch (BPD/DS). Videre må disse operasjonskodene kunne kobles mot diagnosekode E 66.8 sykelig overvekt.

Medisinske takster for inneliggende pasienter eller dagpasienter (DRG)

I ICD-10 er fedme klassifisert i eget kapittel *Fedme og annen overernæring eller hyperalimentasjon (E65-E68)*. Diagnosen *E66.8 Annen spesifisert fedme (Sykelig fedme)* gir i dag 0,59 DRG som inneliggende og 0,15 DRG som dagpasienter. Takster tilsvarende DRG takst Z50.89 (0,12 DRG) må kunne nyttes når man definerer iverksatte tiltak som rehabilitering. Tilsvarende benyttes hos KOLS (lunge) pasienter.

Kostnader ved kursenter

Inntekten til norske kursentra er basert på refusjon fra Rikstrygdeverket og egenandel betalt av pasienten. Pasientene betaler i 2004 kr 120,- per døgn, mens størrelsen på refusjonen som de ulike sentra får fra Folketrygden varierer ut i fra faglig kompetanse, fasiliteter og delvis tradisjon. Samlet kurdøgnpris (egenandel + refusjon fra Folketrygden) ved norske trenings / rehabiliteringssenter varierer derfor mellom 900,- til 1800,- kroner per døgn (62).

Det har tidligere vært Rikstrygdeverket som har betalt for opptreningsinstitusjonene (63). Frå 2004 betaler de Regionale helseforetakene 40 % av kurdøgnpris, og Rikstrygdeverket 60 %. Andelen som de regionale helseforetakene betaler skal økes slik at den i 2006 skal være 100 % .

Polikliniske takster

Dagens opplæringstakst (A99) er for lav. I forberedelsesprogrammet forutsettes tre moduler a 10 timer. Disse forutsettes å kunne utløse opplæringstaksten 3 ganger.

Tiltakene som iverksettes er tverrfaglige. For mange av pasientene vil det også innbefatte tiltak for rehabilitering (til arbeidslivet). RTV takstene må gjenspeile dette.

Det bør opprettes et eget takstsystem for klinisk ernæringsfysiologer på lik linje med leger, psykologer og fysioterapeuter. Endring av kostvaner er et av de mest sentrale tiltakene i all overvektsbehandling, og kliniske ernæringsfysiologer er den eneste yrkesgruppen med utdanning innenfor ernæring og helse/sykdomsbehandling.

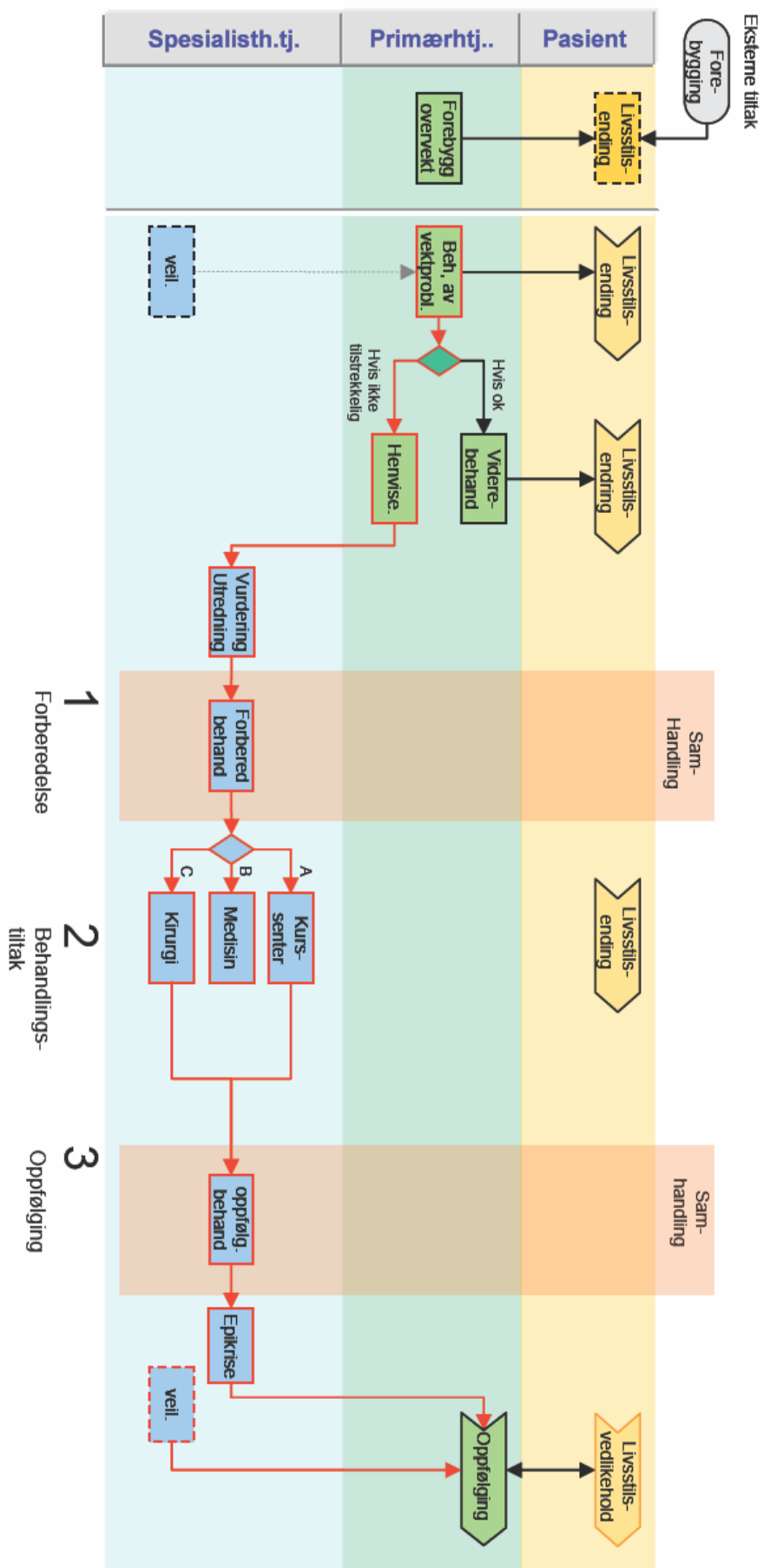
Refusjon av utgifter til legemidler

Det er per i dag ingen refusjonsordning for legemidler til spesifikk behandling av sykelig overvekt (orlistat, sibutramin). Årskostnader er ca. kr 8000,- for begge medikamentene. (Dersom pasienten har sykdom relatert til overvekten, kan kostnader på minst kr 6100 i året gi mulighet for særfradrag. Pasienten må redegjøre for utgiftene, samle på kvitteringer og vedlegge legeattest.)

Arbeidsgruppen anbefaler at pasienter som inngår i et anbefalt behandlingsregime, får bidrag til disse og lignende medikamenter etter Folketrygdlovens § 5.22. Dette bidraget bør også omfatte utgifter til vitaminer, sporstoffer og ernæringsdrikker, som bør være på blå resept for pasienter som inngår i et langvarig behandlingsprogram for alvorlig fedme. I dag avgjøres dette av de lokale trygdekontor, noe som bør endres slik at en sikrer at alle som er operert og/eller er under behandling for sykelig overvekt, får et likeverdig tilbud uavhengig av hvor de bor.

Det bør også vurderes å gi denne pasientgruppen "blå resept" på årskort ved treningssenter.

Vedlegg 1: Modell av behandlingsforløp



Vedlegg 2: Status i regionene pr april 2005

Alle de fem helseregionene har i løpet av 2004 etablert tilbud for behandling av sykelig overvekt. Status per i dag for tilbud og planer om videre utvikling er følgende:

Helse Nord

1. september 2004 ble det etablert et Adipositassenter ved Nordlandssykehuset, Bodø. Adipositasteamet består per i dag av en koordinerende sykepleier, en indremedisiner og to kirurger. Til teamet kan det tilknyttes ernæringsfysiolog, fysioterapeut, sosionom og psykolog etter behov.

Alle henvisninger sendes til adipositas teamet, hvor de registreres og vurderes. Alle pasienter som får tilbud om behandling møter til to dagers utredning på dagposten ved medisinsk avdeling, eventuelt med opphold på pasienthotellet.

Pasientene vurderes ut fra følgende grupper:

1. Ikke egnet til kirurgisk behandling.
2. Egnet til kirurgisk behandling men forutsetter langvarig forbehandling på kurcenter.
3. Egnet til kirurgisk behandling etter 3-6 ukers forbehandling.

Alle pasienter følges opp av adipositasteamet med første kontroll 1 måned etter operasjon. Deretter er det kontroll hver 3. måned første år, hver 6. måned 2. år, heretter en gang i året opptil 10 år.

Helse Nord har ca 200 på venteliste per april 2005. I 2005 skal 50 pasienter opereres inkl. forberedelser og oppfølgingskurs. Det er mulig å fordoble kapasiteten forutsatt økte ressurser. Metoden som benyttes er i hovedsak laparoskopisk gastric bypass.

Helse Midt-Norge

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i oktober 2004 at det skal iverksettes behandlingstilbud til barn og voksne med sykelig overvekt. For voksne skal det tilbys både kirurgisk og konservativ behandling. St. Olavs Hospital har ansvar for å etablere regionalt senter for behandling av sykelig overvekt og å lede et nettverk av helseforetak som skal tilby behandling. Helse Midt-Norge har 200 pasienter på venteliste. Det er vedtatt at det skal gjennomføres kirurgisk behandling av 80 pasienter i 2005. Forberedelser og oppfølgingskurs er under utvikling i samarbeid med blant annet lærings- og mestringssentre.

Fra og med 2004 opereres pasienter ved St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag (Levanger sykehus) og ved Helse Sunnmøre (Ålesund sjukehus). Metoden som benyttes i regionen er laparoskopisk gastric bypass. Det er mulig å øke kapasiteten til 140 operasjoner per år forutsatt økte ressurser.

Det konservative tilbudet til personer med sykelig overvekt er under utvikling. Det planlegges et forskningsprosjekt i forbindelse med behandling i kurssenter høsten 2005. Helse Midt-Norge vil tilby ca. 50 kurssenterplasser i løpet av høsten 2005.

Helse Øst

Regionalt senter for adipositasbehandling ble etablert ved Aker Universitetssykehus sommeren 2004. Det ble da etablert team som består av tre kirurger, indremedisinere, ernæringsfysiolog, sykepleiere, lærings og mestringssenter, forskningssenter etc. Det er etablert en poliklinikk for kirurgisk behandling av sykelig overvekt. Poliklinisk team består av, kirurg, ernæringsfysiolog, forskningssykepleier og sekretær. Disse går igjennom henvisninger og tilkaller andre deler av adipositasteamet til konsultasjoner ved behov.

Aker Universitetssykehus har over 350 pasienter på venteliste som er henvist til kirurgisk behandling. Aker har poliklinisk oppfølging etter kirurgi med første kontroll etter en måned,

deretter hver tredje måned i 2 år. Etter dette kontrolleres pasientene en gang i året. Lærings- og mestringscenteret vil i tillegg arrangere egne kurs. Det er etablert samarbeid med Tonsåsen rehabiliteringsinstitusjon. Overvektspoliklinikken på Kongsvinger har medisinsk faglig ansvar for behandlingen på Tonsåsen.

Metoden er i hovedsak laparoskopisk Gastric bypass (90 %). Laparoskopisk duodenal switch utføres i 10 % av operasjonene.

Det vil bli utført 60 – 80 operasjoner i 2005 og tilbys 50 plasser i kurssenter. Det er mulighet for økning av antall operasjoner til 80-100 ved Aker Universitetssykehus, forutsatt økte resurser fra Helse Øst.

Helse Vest

Regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt er etablert i Helse Førde HF ved Førde sentralsjukehus (FSS). Ved FSS har en siden 2001 operert 20-25 pasienter per år. Det er behov for å øke operasjonskapasiteten i Helse Vest RHF. Det gis tilbud om kirurgisk behandling med følgende prosedyrer: BPD/DS og gastric bypass, åpen operasjon. De fleste pasientene er superobese (BMI > 50), og BPD/DS har vært den mest brukte metoden.

Helse Vest har etablert et tilbud om livsstilsendring/kursenter for til sammen 48 deltakere i 2005. Tilbudet er etablert som et pilotprosjekt for 2005 i samarbeid med Ebeltoft kursenter i Danmark. Det skal være et eget oppfølgingstilbud i opptreningsinstitusjonen Hauglandsenteret i samarbeid med Ebeltoft. Avtalen som er inngått med Ebeltoft er for to grupper a 24 pasienter, som skal til forberedelse ved Ebeltoft og ettervern ved Hauglandsenteret. Helse Vest planlegger å operere 30 pasienter i 2005. Helse Vest har 200 pasienter på venteliste

Helse Sør

Det regionale senteret for behandling av sykkelig overvekt er lagt til Sykehuset i Vestfold HF. Det er dannet en prosjektgruppe som bl.a. skal kartlegge behovet for behandling og behandle. Det er også etablert en styringsgruppe, en referansegruppe og en arbeidsgruppe. Sistnevnte består av en ernæringsfysiolog, kirurg, sykepleier, anestesilog indremedisiner, fysioterapeut, rådgiver, sekretær og prosjektleder. Tilbudet omfatter både kirurgi og konservativ behandling.

Overvektsprosjektet har ansatt ½ endokrinolog, ½ allmennlege, 1 ernæringsfysiolog, ¼ fysioterapeut, 1 prosjektsekretær (legesekretær for organisering) og en prosjektleder. Kirurgene er tilknyttet, men ikke ansatt i prosjektet pr. dags dato. Oppgave: Forberede, medisinsk behandle, operere og følge opp pasientene. Man håper at mange pasienter kan unngå/utsette operasjon gjennom forberedelsene. Kompetansesenteret samarbeider med fastleger og brukerorganisasjoner, og ønsker samarbeid med Lærings- og mestringscenter, LMS (ett LMS i hvert sykehus).

Helse Sør har per april ca 400 henvisninger. I 2005 er det planlagt 70 operasjoner og 50 kurssenterplasser. Den kirurgiske metoden er i hovedsak laparoskopisk gastric bypass. Den kirurgiske kapasiteten kan økes avhengig av prioriteringer.

Litteratur

- 1 Sosial- og helsedirektoratet. Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Rapport IS-1150, 2004.
- 2 Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *Lancet* 2003; 362: 903-8.
- 3 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. VEKT-HELSE. Rapport nr 1, 2000.
- 4 Torgerson JS et al. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004; 27: 155-61.
- 5 Erlichman J, Kerbey AL, James WPT. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. *Obesity Reviews* 2002; 3: 273-87.
- 6 James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rössner S, Saris WH, Van Gaal LF for the STORM Study Group. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 2119-25.
- 7 Svendsen OL. Farmakologisk behandling av fedme. *Ugeskr Læger* 2004; 166: 3814-7
- 8 Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003.
- 9 Buchwald HB, et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; Oct 13; 292(14): 1724-37.
- 10 Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report WHO consultation on Obesity. WHO Technical Report Series, No 894, 2000 (website: WWW.iotf.org/publications).
- 11 Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement March 25-27, 1991 http://consensus.nih.gov/cons/084/084_statement.htm
- 12 Sullivan M, Karlsson J, Sjøstrøm L et al. Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17: 503-12.
- 13 NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt.
- 14 Oestrich, I. Den cognitive modellen – tankar, känslor, sinnesinntryck och beteende. Irene Oestrich&Lenart Holm (red) Kognitiv miljøterapi. At skapa en behandlingsmiljö i likvärdig samarbete. 2001.
- 15 Løvlie Schibbye, AL En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individer, par og familie. Universitetsforlaget. Oslo 2001.
- 16 Seikkula, J. Åpne samtaler. Tano Aschehoug. Oslo 2000.
- 17 Sommerschild, H. Mestring som styrende begrep i Bente Gjørum, Berit Grøholdt og Hilchen Sommerschild (red) *Mestring som mulighet i møte med barn, unge og foreldre*. Tano Aschehoug. Oslo 1998.
- 18 Sveberg, L. Gruppepsykologi. Om grupper, organisasjoner og ledelse. Abstrakt Forlag. Oslo 2002.
- 19 Neuman, IB. Mening, materialitet og makt. En innføring i diskursanalyse. Fagbokforlaget. Oslo 2001.
- 20 Yalom, ID. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Book. New York 1931.
- 21 Antonovsky, A. The sense of coherence: An historical and Future Perspective. *Israel Journal of medical Science*, 32, 1996, 170-179.
- 22 Lave, J, Wenger, E. Situated learning. Legitimate peripheral participation. University Press. Cambridge 1991.

- 23 A systematic review of the interventions for the prevention and treatment of obesity, and maintenance of weight loss, Centre for Reviews and Dissemination, University of York 1997.
- 24 Ebeltoft kurccenter. Internrapport. 2001-2004.
- 25 Dagens medisin nr 1, 2005 (Avd. dir. Aarseth, Sosial- og helsedirektoratet)
- 26 Fürst. E. Mat – et annet språk. Rasjonalitet, kropp og kvinnelighet. Pax Forlag, Oslo 1995.
- 27 Engelsrud, G. Kroppen som kunnskap og mulighet. I Finn Skårderud og Per Isdahl (red) Kroppstanker. Kropp-kjønn-idehistorie. Universitetsforlaget. Oslo 1998.
- 28 Bakhtin, M. Towards a philosophy of act. Texas University Press. Austin.1993
- 29 Bourdieu P. The Logic of Practice. Stanford University Press. 1980.
- 30 Giddens, A. Modernity and self-identity. Self and Society in the Late Modern Age. Polity Press. Cambridge 1991.
- 31 Jørgensen MW., Philips. L. Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde universitetsforlag.1999.
- 32 Skårderud, F. Det tragiske mennesket. Introduksjon til skampsykologi II. Teori. I Trygve Wyller *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne.* Fagbokforlaget, Oslo 2001.
- 33 Beck, AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International University Press, New York 1976
- 34 Buhl C. Psykologiske tilnærminger i overvektsbehandling. Universitetsforlaget, Oslo. 1997
- 35 Holm, L. Forskning i kognitiv miljøterapi. I Irene Oestrich&Lenart Holm (red) Kognitiv miljøterapi. At skapa en behandlingsmiljø i likværdig samarbeide. Studentlitteratur. Lund. 2001
- 36 Urnes, Ø. Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I S. Karterud og JT Monsen (red) Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut. Ad Notam Gyldendal. Oslo 1997.
- 37 Jespersen, E. Idrettens kroppslige mestrelære. I S. Kvale og K. Nielsen (red) Mesterlære. Læring som sosial praksis. Ad Notam Gyldendal. Oslo 1999.
- 38 Bourdieu. P. Kroppens sosiale persepsjon. Sosiologi i dag, 3, 1990.
- 39 Merleau-Ponty, M. Kroppens fenomenologi. Pax Forlag. Oslo 1994
- 40 Latour, B. The Power of associations. I John Law (ed) Power, action and belief: a new sociology of knowledge. Routledge. London. 1986
- 41 NJEM, mars 2004
- 42 Chapman A, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: A systematic literature review. Surgery 2004, March; 135(3): 326-51.
- 43 Sjøstrøm L et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med 2004, December 23; 351(26): 2583-93.
- 44 Marema et al. World Congress of Endoscopy 2004.
- 45 Diabetes and Obesity: Time to Act; International Diabetes Federation 2004.
- 46 Overfed and Underfed: The Global Epidemic of Malnutrition; Worldwatch Paper 150, Worldwatch Institute 2000.
- 47 WHO World Health Report 2002; World Health Organization 2002.
- 48 Deitel M, Shahi B, Anand P et al. Long-term outcome in a series of jejunoileal bypass patients. Obes Surg 1993; 3: 247-52.
- 49 Fisher BL, Barber A. Gastric bypass procedures. In: Deitel M, Cowan GSM jr, ed. Update: Surgery for the morbidly obese patient. Toronto: FD-Communications Inc. 2000: 139-145.
- 50 Scopinaro N, Adami GF, Marinari G et al. Biliopancreatic diversion: two decades of experience. In: Deitel M, Cowan GSM jr, ed. Update: Surgery for the morbidly obese patient. Toronto: FD-Communications Inc. 2000: 227-58.
- 51 Sullivan M, Karlsson J, Sjøstrøm L, Taft C. Why quality-of-life measures should be used in the treatment of patients with obesity. In: International Textbook of Obesity (Ed P. Bjørntorp). Chichester, New York, etc: Wiley 2001, pp 485-510.

- 52 Våge V, Solhaug JH, Viste A, Bergsholm P, Wahl AK. Anxiety, depression and health related quality of life after jejunoileal bypass. *Obes Surg* 2003; 13: 706-713.
- 53 Marinari GM, Murelli F, Camerini G et al. A 15-year evaluation of biliopancreatic diversion according to the Bariatric analysis reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg* 2004; 14: 325-8.
- 54 Macdonald KG, Long SD, Swanson MS, Brown BM, Morris P, Dohm GL, Pories WJ. The gastric bypass operation reduces the progression and mortality of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 213-20.
- 55 Christou NV, Sampalis JS, Liberman M et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004; 240: 416-24.
- 56 Personlig meddelelse, Kristina Narbro, RN, Phd, SOS, Göteborg.
- 57 Sjøstrøm CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from the Swedish obese subjects study. *Growth Hormone & IGF Research* 2003; 13: S 22-6.
- 58 Torgerson JS, Sjøstrøm L. The Swedish Obese Subjects (SOS) study – rationale and results. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25 (Suppl 1): S2- 4.
- 59 Clegg AJ, Colquitt J, Sidhu MK, Royle P, Loveman E, Walker A. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of surgery for people with morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2002; 6(12): 1-153.
- 60 Sampalis JS, Liberman M, Auger S, Christou NV. The impact of weight reduction surgery on health care costs in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2004; 14: 939-47.
- 61 Kral J. Surgical treatment of obesity. In Wadden TA, Van Itallie TB, eds. *Treatment of the seriously obese patient*. New York, Guilford Press, 1995: 496-506.
- 62 Eilif Rytter et al. Gjennomgang av det faglege tilbudet i opptreningsinstitusjonene. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og Helsedirektoratet. Februar 2004.
- 63 Folketrygdlova § 5-20, kapittel 5.
- 64 SMM-rapport 1/2003. Kirurgisk behandling av ekstrem/sykkelig fedme. Senter for medisinsk metodevurdering, 2003.