



EN TILLRÄCKLIG OCH JÄMLIK OBESITASVÅRD

INNEHÅLL

Sammanfattning	3
Inledning	3
En kronisk sjukdom	4
en sjukdom med ökande förekomst och stora konsekvenser	4
Obesitas ökar i hela världen	4
Var tionde förlorat levnadsår är kopplat till högt BMI	5
Omfattande diskriminering	6
Stora vinster i livskvalitet av att gå ned i vikt	6
Fetma och övervikt kostar samhället 47 miljarder	7
Obesitas är en komplex sjukdom med många orsaker	8
Gener påverkar vem som drabbas av obesitas	9
Fattigdom och obesitas hänger ihop	9
Obesitas är en svårbehandlad sjukdom	9
Våra kroppar vill inte gå ned i vikt.....	10
Obesitas är en sjukdom som kräver vård	11
Mer vård till de svårast sjuka	11
Bra obesitasvård vilar på tre ben	12
Livsstilsbehandling	12
Läkemedelsbehandling	13
Kirurgisk behandling.....	13
Svår fetma kräver specialiserad vård	13
Svensk obesitasvård är underdimensionerad och ojämlik	13
Få svårt sjuka får specialiserad vård	14
Det finns stora regionala skillnader i tillgång till vård	16
Vägen till tillräcklig och jämlik vård	17
Nationella riktlinjer	18
En utbyggd medicinsk specialistvård.....	18
Strukturerade program i primärvården.....	18
Det behövs tydliga vårdnivårekommendationer	19
Kronisk sjukdom kräver bra uppföljning	19
Behandla sjuka som sjuka	20
Om HOBS	20

SAMMANFATTNING

Obesitas är en allvarlig kronisk sjukdom. Den ligger bakom vart tionde förlorat levnadsår i Sverige. Samtidigt är vården av sjukdomen både otillräcklig och ojämlik. Alldeles för få patienter får rätt vård och ofta är det plånboken som styr. Det finns i dag omfattande ny kunskap som visar på utmaningarna att själv hantera sin sjukdom. Det finns kraftfulla fysiologiska mekanismer som motverkar alla försök att på egen hand gå ned i vikt. Vi förstår också alltmer kring den komplexa mix av genetiska, miljömässiga, sociala och livsstilsfaktorer som ligger bakom vem som drabbas av sjukdomen. Trots detta finns det fortfarande en stark kultur av diskriminering och stigmatisering där den som lever med obesitas anses ha sig själv att skylla.

På samhällsnivå finns det mycket att göra preventivt, för att skapa ett samhälle där vi vänder utvecklingen av allt fler som lever med obesitas. Fokus i den här rapporten är dock på vad hälso- och sjukvården kan göra för dem som faktiskt lever med sjukdomen i dag. Vi lyfter sex åtgärder som krävs för en tillräcklig och jämlik obesitasvård.

- Nationella riktlinjer
- En utbyggd medicinsk specialistvård
- Strukturerade program i primärvården
- Tydliga vårdnivårekommendationer
- Bättre uppföljning
- Bättre bemötande

Vår förväntan är att ansvariga politiker inom den svenska hälso- och sjukvården ska ta sitt ansvar. I dag lägger vården femton gånger så mycket resurser på att behandla fetmans följsjukdomar som att behandla själva sjukdomen. En bättre obesitasvård skulle spara både liv och pengar.

INLEDNING

En kronisk sjukdom där hundratusentals står utan vård. En kronisk sjukdom där patienterna diskrimineras och får höra att de har sig själva att skylla. En kronisk sjukdom allt mer forskning visar hur svårt det är att själv göra något åt den. En kronisk sjukdom som går att behandla och förbygga men där alla måste hjälpas åt. Obesitas är en av världens verkligt stora folkhälsoutmaningar.

Den här rapporten är framtagen för att visa vad som borde göras inom hälso- och sjukvården. Det är en av många arenor där det krävs insatser. I dag lägger fördomar och bristande kunskap hinder i vägen för en bättre obesitasvård. Allt för många ser det fortfarande som en renodlad livsstilsfråga där det bara gäller att ta sig i kragen. Vi vill med denna rapport visa en betydligt mer komplicerad verklighet. Obesitas är en allvarlig sjukdom och den som lever med sjukdomen förtjänar bra vård, respekt och ett professionellt bemötande. Vägen dit är tyvärr fortfarande lång för många.

Rapporten är framtagen av HOBS (Hälsa oberoende av storlek) i samarbete med analysföretaget Re-Think och med ekonomiskt stöd av Novo Nordisk. HOBS är en ideell patientorganisation som jobbar med hälsofrågor som rör obesitas. Vår förhoppning är att denna rapport ska bidra till ett brett samtal om hur Sverige kan få en tillräcklig och jämlik obesitasvård.

EN KRONISK SJUKDOM

Världshälsoorganisationen (WHO) klassade 1997 fetma som en kronisk sjukdom. Sedan dess har de följts av många tunga organisationer och en viktig milstolpe kom 2013 när det amerikanska läkarsällskapet (AMA) gjorde samma sak. Även inom den svenska vården är fetma i dag, åtminstone formellt, accepterat som en sjukdom. Att fetma är en sjukdom förändrar inte att våra egna val och beteenden kan påverka både sjukdomens uppkomst och dess förlopp. Det skiljer dock inte fetma från andra stora folksjukdomar. Vår livsstil har stor betydelse för att drabbas av cancer men det hindrar ingen från att betrakta cancer som en sjukdom. Fetma är en kronisk men behandlingsbar sjukdom.

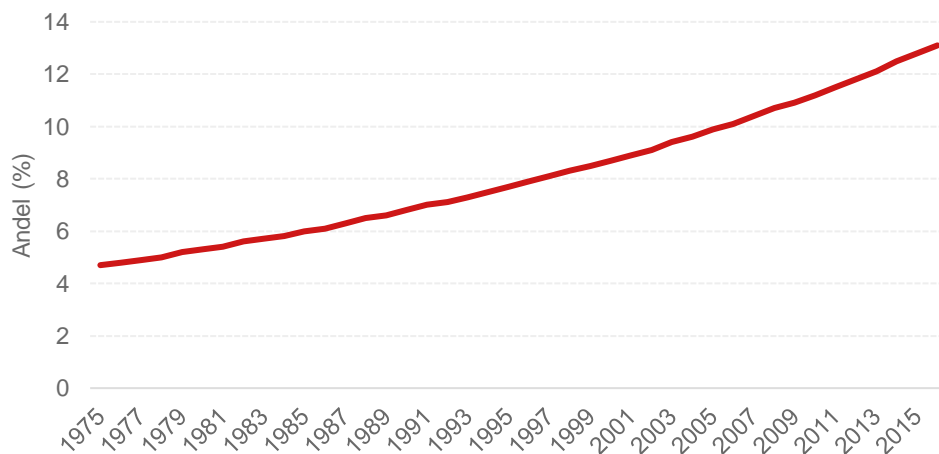
EN SJUKDOM MED ÖKANDE FÖREKOMST OCH STORA KONSEKVENSER

Det är knappast någon nyhet för de flesta att obesitas har många negativa konsekvenser, för den som drabbas och därmed för samhället i stort. Samtidigt växer kunskapen stadigt om den verkliga omfattningen. Allt fler andra sjukdomar läggs till listan över sjukdomar där högt BMI är en viktig riskfaktor. Insikter och kunskap kring diskriminering av personer med obesitas ökar stadigt.

Obesitas ökar i hela världen

Förekomsten av obesitas ökar i hela världen. Andelen av världens befolkning som lever med den kroniska sjukdomen fetma har på trettio år nästan tredubblats. Detsamma gäller enligt WHO:s data för Sverige.

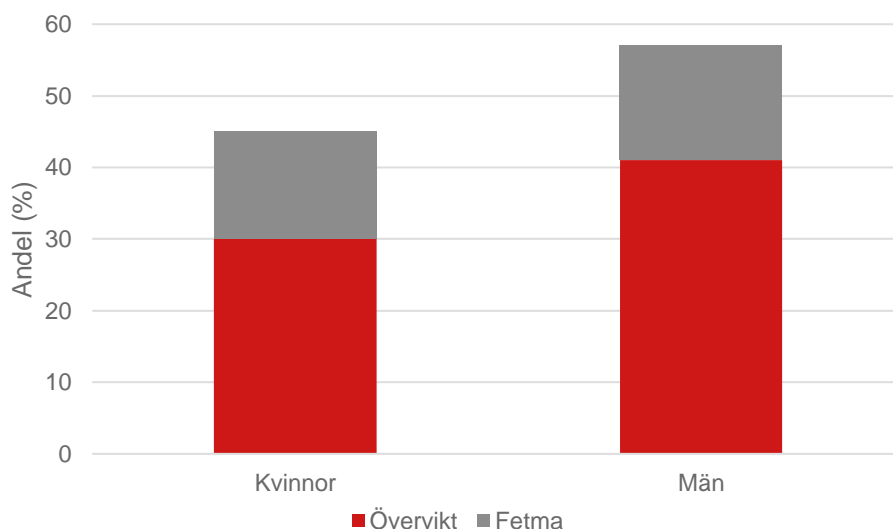
Andel av världens befolkning som lever av fetma, BMI>30.



Källa: www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/

Statistik från folkhälsomyndigheten i Sverige ger en dagsaktuell bild som är alarmerande. I dag har, enligt självrapporterad uppgift, 16 procent av männen och 15 procent av kvinnorna ett BMI som motsvarar fetma och 45 procent av kvinnorna och 57 procent av männen har övervikt eller fetma. Övervikt definieras som ett BMI mellan 25–30 och fetma som ett BMI över 30.

Andel i Sverige med övervikt respektive fetma (2018)

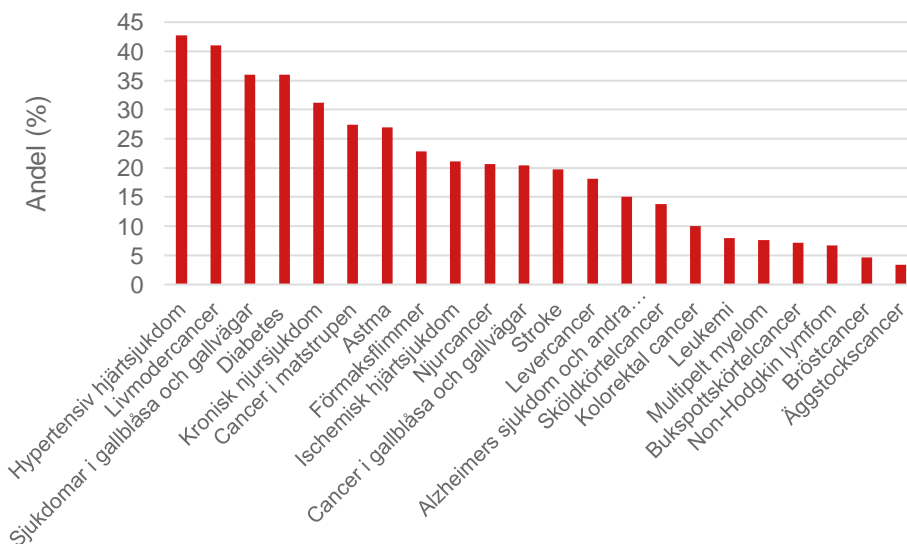


Källa: Folkhälsomyndighetens statistikdatabas

Var tionde förlorat levnadsår är kopplat till högt BMI

Konsekvenserna av fetmaepidemin syns på många områden. Svåra följsjukdomar som diabetes, hjärtkärlsjukdom och cancer ökar. Högt BMI är på väg att bli en av de viktigaste riskfaktorerna bakom nya cancerfall, och för flera andra sjukdomar är högt BMI den viktigaste riskfaktorn. Drygt var tionde förlorat levnadsår i Sverige kan i dag kopplas till övervikt och fetma.¹ I diagrammet nedan visas hur stor andel av alla förlorade levnadsår för 23 olika sjukdomar som kan tillskrivas högt BMI.

Andel av förlorade levnadsår som kan tillskrivas riskfaktorn högt BMI



Källa: Global burden of disease. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

¹ Beräkningen är hämtad från Institute for Health Metrics and Evaluation och baseras på BMI som riskfaktor när det gäller dödlighet i icke smittsamma sjukdomar, dessa står för nästan nio av tio av alla förlorade levnadsår.

Omfattande diskriminering

I princip alla personer som lever med obesitas kan berätta om situationer där de mött diskriminering och kränkande behandling. Det finns också omfattande forskning som visar på samma sak.² Det gäller inom många olika områden och såväl inom hälso- och sjukvården som inom utbildningssystemet och arbetslivet. Läkaren Stephan Rössner har beskrivit det som nedan i en artikel i Läkartidningen.³

”Fetma beskrivs ibland som vår sista godtagbara grund för diskriminering. Fortfarande förlöjligas överviktiga av kamrater, lärare, chefer och sjukvårdspersonal, och många feta patienter kan beskriva hur de i sitt yrkesutövande förlöjligats av vilt främmande människor i snabbköpskassa, rulltrappan eller på badhuset. Eftersom fetma ofta uppfattas som självförvållad finner många att det bara handlar om att rycka upp sig, ta sig samman och skärpa sig. Om det vore så enkelt skulle vi inte ha några feta människor i vårt samhälle.”

Diskrimineringen är förstås ett stort samhällsproblem i sig men utgör också ett högst direkt hinder för en väl fungerande vård.

Stora vinster i livskvalitet av att gå ned i vikt

Obesitas – i synnerhet svår fetma – medför en starkt negativ påverkan på livskvaliteten.⁴ Sjukdomen påverkar allt från socialt umgänge till karriärutsikter. Samtidigt ger det resultat att gå ned i vikt. Studier som följt effekten på livskvalitet av framgångsrik obesitasbehandling med t.ex. läkemedel visar på goda resultat.⁵ Effekten kan t.om. vara större än vad som förväntas utifrån modeller som skattat korrelationen mellan BMI och livskvalitet.⁶ Det är slående hur stora förbättringar som sker i livskvalitetsmått för de som faktiskt klarar att gå ned ordentligt i vikt. Det svenska kvalitetsregistret för obesitaskirurgi (SOReg) publicerade 2018 en rapport om bl.a. livskvalitet. Flera mått på hälsorelaterad livskvalitet förändrades till det bättre efter en lyckad operation, och visade på betydande och långsiktiga positiva effekter på livskvalitet. Diagrammet på nästa sida visar utfallet i två dimensioner för samtliga opererade t.om. 31 december 2017. Utvecklingen är särskilt dramatisk för det psykosociala samlingsmättet.⁷

² Puhl, Rebecca, and Kelly D. Brownell. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res.* 2001;9:788–805.

³ Stephan Rössner, Utbredd diskriminering av feta, *Läkartidningen* I Nr 49 I 2002 I Volym 99

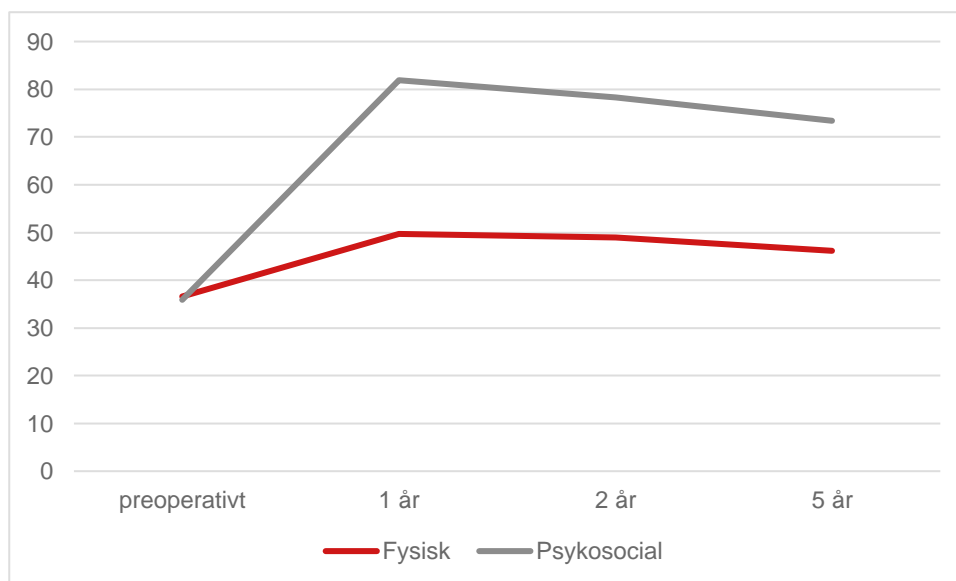
⁴ SBU. Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002. SBU-rapport nr 160.

⁵ Se t.ex. The effect of liraglutide 3.0 mg for weight management on HRQOL, as measured by SF-36: 3-year data, Ronette Kolotkin, PhD1, Jason Brett, MD3, Henrik Meincke, MSc2, Jakob Bjorner, MD, PhD4

⁶ The impact of weight loss on health-related quality-of-life: implications for cost-effectiveness analyses. Rothberg AE, McEwen LN, Kraftson AT, Neshewat GM, Fowler CE, Burant CF, Herman WH, *Qual Life Res.* 2014 May;23(4):1371-6. doi: 10.1007/s11136-013-0557-8. Epub 2013 Oct 16. PMID: 24129672

⁷ Värdena för det psykosociala måttet är inverterade för att underlätta jämförelsen, normalt sett är skalan omvänd där låga värden är positivt. Diagrammet visar medelvärdet för samtliga opererade, för gruppen med en vikttnedgång på över 15 procent är effekterna på livskvalitet ännu större.

Utveckling av fysisk och psykosocial livskvalitet efter obesitaskirurgi.



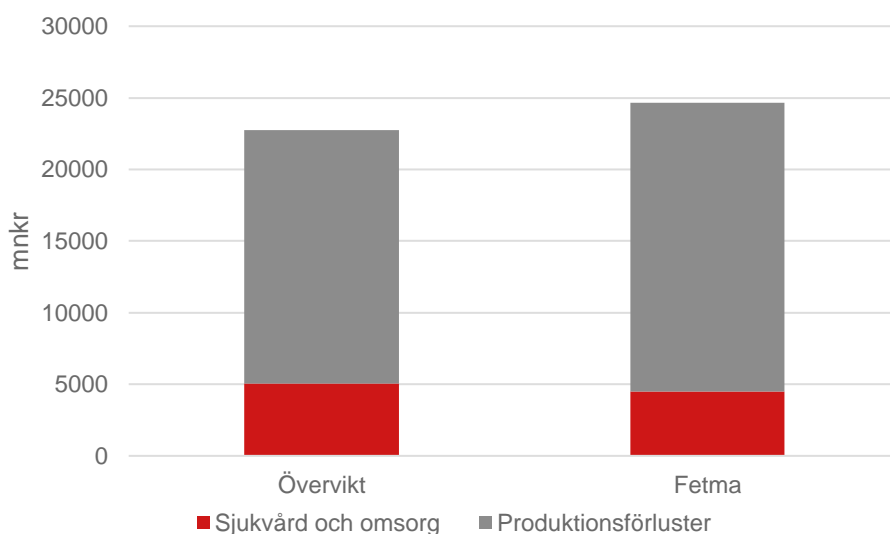
Källa: SOReg årsrapport, del 3, 2017.

Obesitas är en svår sjukdom med många negativa följdverkningar. Positivt är att även livskvaliteten kan förbättras med effektiv behandling. Oavsett vilken form av behandling det gäller är det uppenbart att framgångsrik behandling av obesitas leder till stora vinster i livskvalitet för patienterna.

Övervikt och fetma kostar samhället 47 miljarder

Övervikt och fetma leder till stora samhällskostnader. Det gäller behandling av följsjukdomarna men också, och i ännu större utsträckning, kostnader på grund av produktionsbortfall och frånvaro från arbetslivet. Institutet för hälsoekonomi (IHE) har publicerat den senaste och mest gedigna sammanställningen av samhällsekonomiska kostnader. Den sammanlagda kostnaden för de huvudsakliga kostnadsposterna beräknades för Sverige till drygt 47 miljarder för 2016. I det ingår sjukvårdskostnader för en lång rad följsjukdomar, kostnader för ökad sjukfrånvaro och förtidspension och produktionsbortfall vid förtida död. I diagrammet nedan har kostnaderna grupperats till två områden och presenteras separat för övervikt och fetma. Kostnaderna per person är drygt 2,5 gånger högre för fetma än övervikt men eftersom förekomsten av övervikt är betydligt högre blir de samlade kostnaderna för de två grupperna relativt lika.

Samhällsekonomiska kostnader för övervikt och fetma (2016)



Källa: IHE rapport 2018:3

Eftersom de samhällsekonomiska kostnaderna uppstår på många olika håll är det viktigt att hälso- och sjukvården och andra aktörer som t.ex. TLV tar hänsyn till de samlade kostnaderna när man gör prioriteringar och resonerar om värdet av behandlingar. Det är svårt att göra precisa uppskattningar av framför allt kostnaderna utanför vården, men IHE:s beräkning ligger sannolikt relativt lågt. Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket gjorde 2017 bedömningen att de samhällsekonomiska kostnaderna bara för fetma låg runt 70 miljarder.⁸

OBESITAS ÄR EN KOMPLEX SJUKDOM MED MÅNGA ORSAKER

Obesitas är en oerhört komplex sjukdom. Bakom till synes enkla förklaringar som för högt kaloriintag och för lite fysisk aktivitet ligger i själva verket en mix av genetiska, miljömässiga, sociala och livsstilsfaktorer. Ibland är dessutom obesitas i sig en följsjukdom till andra sjukdomar eller en biverkning av vissa läkemedelsbehandlingar.

Det enkla svaret på varför någon går upp i vikt är att man får i sig fler kalorier än vad man förbränner. Ät mindre och rör dig mer blir svaret. Även om det är sant att fetma orsakas av en obalans i kaloriintag och förbränning så rymmer både fetmaepidemin och de individuella fallen betydligt mer än så.

Att andelen som lever med obesitas har tredubblats på trettio år beror med stor sannolikhet på breda samhällsliga förändringar i vad vi äter och hur vi lever. Mer energirik mat och ett mer stillasittande leverne är de viktigaste bovorna. Det är något som påverkar oss alla. Fetmaepidemin är helt uppenbart inte en följd av att vi alla plötsligt har blivit lata matvrak. Att vända utvecklingen kommer därför kräva mycket mer än allmänna råd och att vi alla tar oss i kragen. Det krävs också breda samhällsliga förändringar. Samtidigt är de individuella utfallen ännu mer komplicerade. Det är inte alla som drabbas. Det finns en lång rad individuella faktorer, delvis är genetiska, som avgör hur utsatta vi är och vem som drabbas.

⁸ Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket, Förslag till åtgärder för ett starkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet (2017)

Gener påverkar vem som drabbas av obesitas

Det har varit känt sedan länge att fetma har en tydlig ärftlig komponent. De senaste åren har det kommit allt mer forskning som indikerar att det finns många genetiska komponenter som spelar roll och att de kan påverka allt från aptitreglering till var i kroppen vi lagrar fett. I vissa sällsynta fall kan det handla om en enskild genetisk avvikelse som får väldigt stor betydelse för utvecklingen av fetma. Ett sådant exempel är personer som producerar väldigt lite mättnadshormon (leptin). För det mesta har dock inte genetiken en så isolerad roll, utan det handlar om ett mer komplicerat samspel med andra yttre faktorer. Det finns också så kallade epigenetiska effekter där t.ex. yttre påverkan under graviditet kan påverka genuttrycket.

Det förekommer många olika uppskattningar av hur stor roll genetiken spelar, uppskattningar mellan 30–50 procent är vanliga. Samtidigt är det, oavsett genetik, få som utvecklar fetma utan att äta för mycket. Genetiska faktorer gör inte bara att vi kan vara olika känsliga för ett överskott av kalorier. Det handlar förmodligen också mycket om beteendeskilnader som i sin tur drivs av underliggande genetiska faktorer. Det avgörande är att inse att precis som vid många andra sjukdomar är vi olika sårbara.

Fattigdom och obesitas hänger ihop

Sjukdomen drabbar inte jämlikt. Det finns stora socioekonomiska skillnader i förekomst av obesitas. Utvecklingen över tid är snarlik hos de flesta grupper men nivåerna skiljer sig åt. Det är i synnerhet utbildningsnivå som tycks vara en viktig skiljelinje, där personer med en låg utbildningsnivå drabbas i större utsträckning. Låg socioekonomi kan således vara en del av orsaken till obesitas, men kan också vara en konsekvens av sjukdomen.

Det finns systematiska skillnader i levnadsvanor mellan olika grupper. Attityder och kunskap kan spela roll för detta men även levnadsförhållanden som sådana. Onyttig mat tenderar ofta att vara enkel och billig vilket kan passa den som har ont om tid och pengar. Socioekonomiska skillnader kan också påverka möjligheterna till en aktiv livsstil. Obekväma arbetstider och skiftarbete kan ha direkta fysiska effekter men också påverka familjeliv och matvanor.

Det finns uppenbart också en koppling mellan obesitas och faktorer som kan bidra till en svag socioekonomisk ställning. Personer som lever med fetma diskrimineras på arbetsmarknaden och bristande livskvalitet och ovilja till sociala kontakter kan i sig leda till utebliven utbildning och karriär. Hos barn är detta mycket tydligt där svår fetma inte sällan direkt leder till ökade svårigheter i skolan och i värsta fall till omfattande frånvaro och hemmasittande. Brist på sociala kontakter kan i sin tur vara en effekt av diskriminering och omgivningens attityder.

OBESITAS ÄR EN SVÅRBEHANDLAD SJUKDOM

Sett i en dimension är det väldigt enkelt. Den som långsiktigt lyckas med att minska sitt kaloriintag och att röra sig mer kommer att gå ned i vikt. I verkligheten är detta oerhört svårt, för att inte tala om att bibehålla en vikt nedgång över tid. Nästan alla som lider av fetma har försökt banta. Många har försökt väldigt många gånger. Det är inte för inte som bantningsindustrin i USA värderas till ca 70 miljarder dollar.⁹ I dag vet vi allt mer om varför det är så svårt. Egentligen är det rätt uppenbart att det måste handla om mer än bara vilja och disciplin. Det finns väldigt starka drivkrafter att gå ned i vikt, såväl hälsomässiga som

⁹ https://www.researchandmarkets.com/research/qm2gts/the_72_billion?w=4

sociala och livskvalitetsrelaterade. I sig är medlet inte heller svårt – att äta något mindre och röra sig något mer. Att det ändå är så svårt måste bero på faktorer som vi själva inte riktigt styr över.

Våra kroppar vill inte gå ned i vikt

Kroppen försvarar sin vikt. Det är relativt många som klarar att gå ned i vikt under en tid. De allra flesta misslyckas dock med att bibehålla viktnedgången. En viktig orsak ligger i hur den egna kroppen reagerar på en viktnedgång. Enkelt uttryckt vill kroppen återgå till den ursprungliga vikten och kompenserar därför med sänkt ämnesomsättning, ökade halter av hungerhormon och minskade halter av mättnadshormon. Tyvärr är processen asymmetrisk, kroppen gillar att gå upp i vikt men ogillar att gå ned. Att det är så svårt att banta beror väldigt lite på brister i karaktär och desto mer på grundläggande fysiologiska faktorer. Det finns i dag en omfattande vetenskaplig litteratur kring detta. Kraftigt förenklat kretsar det kring tre faktorer – hur vi mår när vi inte äter, hur vi mår när vi äter och hur mycket mat vi behöver.¹⁰

Den mänskliga kroppen är normalt sett oerhört skicklig på att upprätthålla balansen mellan energiintag och energiförbrukning. Trots att de allra flesta inte håller särskilt noggrann koll på hur mycket de äter lyckas en normal vuxen få i sig mellan 750 000 – 1000 000 kcal per år och hålla vikten relativt oförändrad. Ett komplext system, som involverar många av kroppens organ, hjälper oss med detta. Vi har signalsystem som berättar när vi behöver äta mer och som bromsar när vi bör äta mindre. Vid kraftig viktnedgång genom minskat energiintag eller ökad energiförbrukning utlöses kompensatoriska mekanismer i detta system som i sin tur leder till att kroppen sparar på energi. Dessa kompensatoriska mekanismer är sannolikt en viktig orsak till varför det är så svårt att bibehålla en viktnedgång.

Den som går ner i vikt behöver mindre mat än förut. Det beror på att viktnedgången ger förändringar i metabolismen. Det är förändringar som kan vara långvariga och bestående även om vikten går upp igen. Man kan därför behöva äta ännu mindre än tidigare bara för att behålla den vikt man startade med. Vår basala metabolism, eller vilometabolism, är ett mått på hur mycket energi kroppen förbrukar i relativ vila. När vi går ner i vikt sjunker denna. Till viss del är detta en direkt följd av en mindre kropp men det är också en försvarsmekanism. Kroppen reagerar på "svältsignaler" som följer av en viktnedgång genom att justera ned vilometabolismen mer än vad som motiveras av viktnedgången i sig. Den lägre energiförbrukningen kan leva kvar även när vikten har stabiliserats eller till och med gått upp igen.¹¹

Vi har både hunger- och mättnadshormoner. Vid en viktnedgång signalerar de ökad hunger och minskad mättnad. Detta system är en mäktig motståndare för den som försöker gå ned i vikt, hungerhormoner ökar och mättnadshormoner minskar. Även här tycks det finnas en tröghet som gör att kroppen har svårt att anpassa sig till en ny "normalvikt".¹² Det är viktigt att komma ihåg att även om faktorerna är fysiologiska blir effekten ett beteende.

¹⁰ Greenway, F L, Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain, International Journal of Obesity, 2015/04/21/online

¹¹ Fothergill E Guo J Howard L et al., Persistent metabolic adaptation 6 years after "The Biggest Loser" competition., *Obesity (Silver Spring)*. 2016; (published online May 2.)10.1002/oby.21538

¹² Maclean PS, Bergouignan A, Cornier MA, Jackman MR. Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2011;301(3): R581-600.

Viktnedgång misslyckas främst på grund av att den som försöker gå ned i vikt konsumerar fler kalorier än vad kroppen gör av med. För omgivningen är det lätt att döma.

Psykologen och bantningsforskaren Traci Mann beskriver livet för en bantare – ”*De känner sig hungrigare, deras uppmärksamhet riktas mot mat, de finner mat godare och de får mer belöning från den. Dessutom behöver de konsumera en ännu mindre mängd mat än tidigare eftersom deras effektivare metabolism bränner färre kalorier.*”¹³ (egen översättning)

Det är mycket möjligt att det även när det gäller kroppens motstånd mot viktnedgång finns genetiska och andra skillnader som gör att människor reagerar olika. Det finns trots allt många som uthålligt lyckas gå ned i vikt. Det finns också andra faktorer, beteendemässiga och miljömässiga som påverkar hur det går.

Obesitas är en svår kronisk sjukdom. De som lider av den behöver hjälp av hälso- och sjukvården.

OBESITAS ÄR EN SJUKDOM SOM KRÄVER VÅRD

Det finns en relativt bred vetenskaplig konsensus kring hur en bra obesitasvård är uppbyggd och organiserad. Det finns gott om riktlinjer, både i Sverige (på sina håll) och internationellt som beskriver detta.

Mer vård till de svårast sjuka

Behovet av vård beror delvis på hur mycket en person väger, hur fettet är fördelat i kroppen och i vad mån det finns en fetmarelaterad samsjuklighet. Schemat på nästa sida är hämtat från The European Association for the Study of Obesity (EASO).¹⁴ EASO:s riktlinjer har stöd från de 32 europeiska specialistläkarföreningar som ingår i organisationen. Schemat illustrerar vilka faktorer som normalt läggs samman för att bedöma vårdbehovet hos personer som lever med övervikt eller fetma. Det handlar om en kombination av BMI, midjemått och samsjuklighet. Ju allvarigare kombination desto större vårdinsatser behövs. Det finns många scheman av denna typ och alla bygger på de tre grundläggande behandlingsinsatserna – livsstilsförändringar, läkemedelsbehandling och kirurgisk behandling.

¹³ <https://www.apa.org/science/about/psa/2018/05/calorie-deprivation>

¹⁴ <https://easo.org/wp-content/uploads/2018/12/2015-OMTF-European-Guidelines-for-Obesity-Management.pdf>

Riktlinjer för val av behandling

BMI	Midjemått		Någon följsjukdom
	Män<94cm kvinnor<80cm	Män>94cm kvinnor>80cm	
25–30	Livsstil	Livsstil	Livsstil +Läkemedel
30–35	Livsstil	Livsstil+Läkemedel	Livsstil+Läkemedel+Kirurgi *
35–39	Livsstil+Läkemedel	Livsstil+Läkemedel	Livsstil+Läkemedel+Kirurgi
40-	Livsstil+Läkemedel+Kirurgi	Livsstil +Läkemedel+Kirurgi	Livsstil+Läkemedel+Kirurgi

*Typ-2 diabetes.

Det finns vissa skillnader mellan olika länders och organisationers riktlinjer när det gäller de exakta gränserna och vid vilken nivå en viss behandling rekommenderas. De amerikanska endokrinologerna fokuserar t.ex. mer på samsjuklighet och förespråkar mer omfattande behandling för fler medan t.ex. brittiska The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har något högre tröskel för läkemedelsbehandling än EASO.¹⁵¹⁶ Alla riktlinjer bygger dock på samma grundstruktur och på samma tre typer av behandlingsinsatser.

Bra obesitasvård vilar på tre ben

Stöd till livsstilsförändring är basen för all obesitasvård. Stödet kan variera i omfattning beroende på sjukdomens svårighetsgrad och andra individuella faktorer. Livsstilsbehandling i kombination med läkemedel är nästa steg. Den sista länken i kedjan är kirurgisk behandling. Kirurgisk behandling förutsätter kompletterande livsstilsbehandling och kan också kombineras med läkemedel.

Livsstilsbehandling

Kärnan i all behandling av fetma är att hjälpa människor till en uthålligt förändrad livsstil. Det handlar om mer än att bara äta färre kalorier. Behandlingar som ska leda till en uthållig livsstilsförändring bygger på nya matvanor, mer rörelse och olika former av beteendeförändringar. Hälso- och sjukvården måste arbeta med alla dessa delar. Vid lindrigare sjukdom kan insatserna vara mer begränsade men bästa resultaten nås genom teambaserade arbetssätt där patienten får professionellt stöd inom alla tre områden.

¹⁵ <https://www.aace.com/files/guidelines/ObesityExecutiveSummary.pdf>

¹⁶ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1-recommendations>

Läkemedelsbehandling

Det finns flera olika typer av läkemedel som kan användas för att stödja en livsstilsbehandling. I Sverige finns det i dag tre godkända läkemedel; orlistat, liraglutid och naltrexon/bupropion. Orlistat verkar genom att minska upptaget av fett i magtarmkanalen medan de andra två påverkar aptit och mättnadskänsla. I dag är det bara orlistat som är subventionerat och ingår i högkostnadsskyddet. EASO har pekat ut en ökad läkemedelsbehandling som ett utvecklingsområde när det gäller behandling av fetma i Europa. I dag finns det ofta ett gap i vården mellan livsstilsbehandling och kirurgi där läkemedel kan spela en viktig roll.¹⁷

Kirurgisk behandling

Den effektivaste behandlingen är i dag kirurgi. Många tror nog fortfarande att kirurgiska ingrepp mot fetma verkar genom att göra det svårt att äta mycket. Forskning har dock visat att effekten främst beror på hormonella förändringar.¹⁸ Ingreppet påverkar det signalsystem som annars bekämpar viktnedgång. Kirurgisk behandling är jämförelsevis effektivt men är också ett betydande ingrepp som kräver mycket god uppföljning och även ställer krav på livsstilsförändring och livslång kosttillskottsbehandling hos de som genomgår operationen.

Svår fetma kräver specialiserad vård

Med hälften av den vuxna befolkningen överviktig är det uppenbart att vården behöver prioritera. Samtidigt är det uppenbart att fetma är en svår sjukdom och att svår fetma kräver specialiserad vård. Utöver behandlingsriktlinjer är det därför avgörande att det också finns bra vårdprocesser där rätt patienter får behandling på rätt nivå.

SVENSK OBESITASVÅRD ÄR UNDERDIMENSIONERAD OCH OJÄMLIK

Det är ont om kartläggningar av svensk obesitasvård. Det saknas nationella riktlinjer, öppna jämförelser och andra verktyg för uppföljning och jämförelser. Det finns ett bra kvalitetsregister när det gäller kirurgisk behandling men inte mycket mer. Med hjälp av tillgängliga data går det att teckna en översiktlig bild av specialistvården men vad som faktiskt sker inom primärvården är mycket svårt att bedöma. Den bild som går att teckna visar på en vård som är både underdimensionerad och ojämlik.

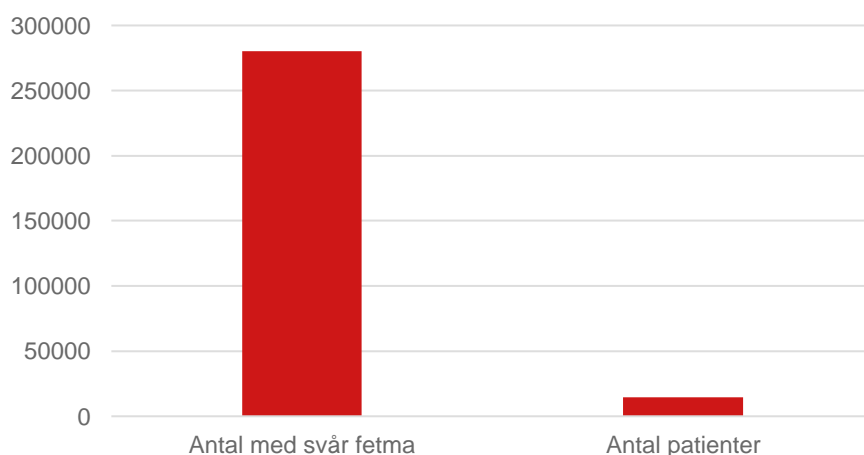
¹⁷ <https://easo.org/wp-content/uploads/2018/12/The-use-of-anti-obesity-drugs.pdf>

¹⁸ le Roux CW, Welbourn R, Werling M, et al. Gut hormones as mediators of appetite and weight loss after Roux-en-Y gastric bypass. Ann Surg. 2007 Nov;246(5):780-5. PMID: 17968169

Få svårt sjuka får specialiserad vård

Det finns knappt 300 000 vuxna svenskar som lever med svår fetma (BMI>35). Av dessa är det ca 110 000 som dessutom har en fetmarelaterad följsjukdom. Den senare gruppen pekas i olika svenska riktlinjer ofta ut som målgruppen för specialistvård. I andra länders riktlinjer sätter man ofta gränsen vid alla med svår fetma. Enligt data från Socialstyrelsen var det 2017 runt 25 000 personer som fick någon form av öppen specialistvård eller slutenvård för fetma – långt ifrån alla av dessa fick sannolikt den omfattande vård som sjukdomen kräver. Bilden nedan illustrerar det dramatiska gap som uppenbart finns mellan patientgruppens storlek och vårdens omfattning.

Antal personer med svår fetma och antal patienter med diagnosen fetma inom slutenvård och öppen specialistvård, 25–84 (2017)



Källa: Källa: IHE, SCB, Socialstyrelsen och egna beräkningar

Hur många som borde få tillgång till specialistvård är svårt att säga. Det beror förstås på prioriteringar, vilka gränser sjukvården väljer att sätta, och hur många som uppfyller dessa kriterier. Det är dock helt uppenbart att fetma, i synnerhet svår fetma, är en underbehandlad sjukdom. Hälso- och sjukvården är kraftigt underdimensionerad.

Samtidigt som alldeles för få får behandling mot sin fetma är det väldigt många som behandlas för fetmans konsekvenser. Över 20 olika sjukdomar bedöms i dag ha en tydlig koppling till övervikt och fetma. Det innebär att en betydande del av vården av dessa sjukdomar är vård av fetmarelaterad sjukdom. Faktum är att specialistvården i dag lägger runt femton gånger så mycket pengar på att behandla sjukdomens konsekvenser som själva sjukdomen i sig.

Den IHE-rapport som vi tidigare refererat till gällande samhällsekonomiska kostnader för övervikt och fetma innehåller även beräkningar av direkta sjukvårdskostnader. Sjukvårdskostnaderna i Sverige för behandling av följsjukdomar till obesitas beräknas till nära 4,5 miljarder kronor årligen. Det kan jämföras med att bara ca 300 miljoner kronor årligen läggs på vård och behandling av den underliggande sjukdomen, obesitas.¹⁹

¹⁹ Kostnaderna för behandling av fetma bygger på egna beräkningar baserade på SKL:s KPP-databas. De är uppräknade för att ta hänsyn till brister i registrets täckningsgrad.

Årliga kostnader för vård av obesitas respektive dess konsekvenser

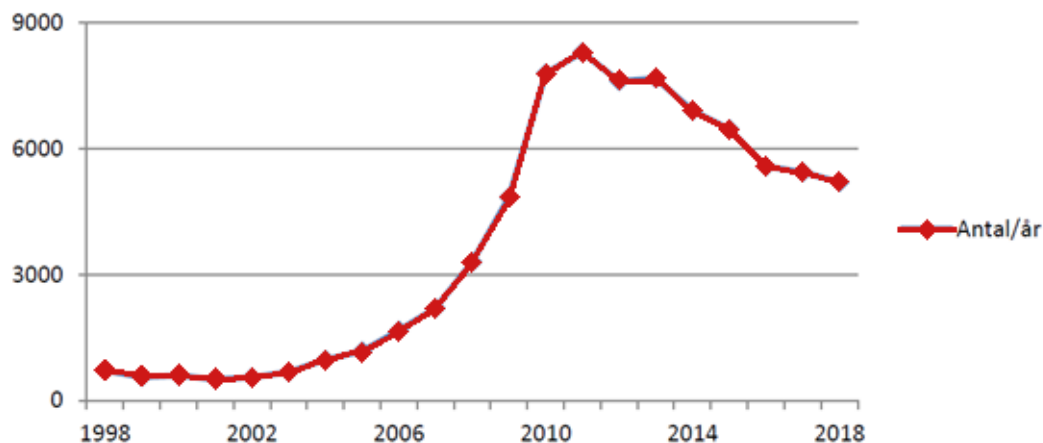


Källa: IHE och egna beräkningar baserade på KPP-databasen.

Bristen på vård och behandling betyder förstås inte att de som är sjuka inte gör något själva. I en svensk studie som följde personer med svår fetma över en 10 års period hade 83 procent försökt gå ned i vikt själva och bara 24 procent av dem hade fått någon hjälp av vården.²⁰ Detta var då ändå en grupp som fungerade som kontrollgrupp till personer som fått kirurgisk behandling d.v.s. de mötte de högt ställda krav på svår sjukdom som krävs för att få tillgång till kirurgi.

En betydande del av den specialiserade vård som finns tillgänglig är just kirurgisk. Även där finns det dock en tydlig tendens att den offentliga vården är underdimensionerad. Antalet operationer ligger numera kring 5 000 årligen efter att ha fallit kraftigt sedan toppen för snart tio år sedan.

Antal obesitasoperationer per år i Sverige 1998–2018



Källa: SOReg.Årsrapport 2018

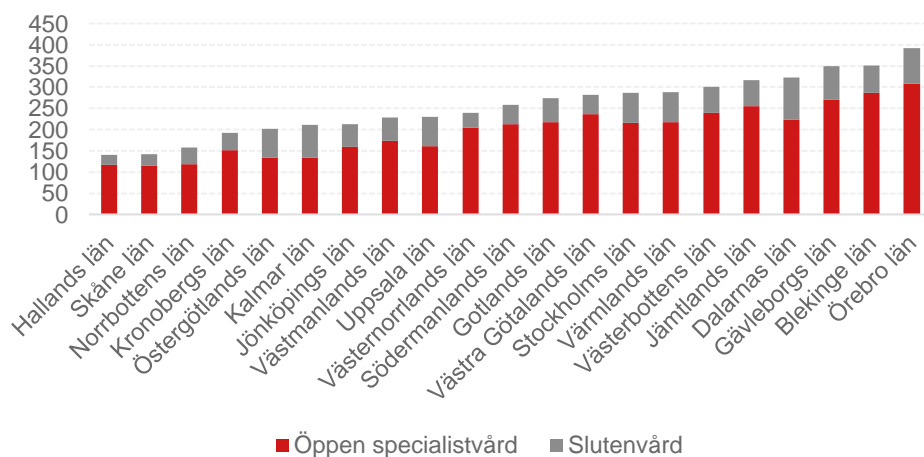
Nedgången i antal operationer kan delvis förklaras av ett stort uppdämt behov som skulle tillfredsställas under den period som verksamheterna byggdes ut. Samtidigt talar den höga andelen helt privat finansierade operationer för att behovet är större än utbudet.

²⁰ Self-reported weight loss methods and weight change: 10-years analysis in the Swedish Obese Subjects Study control group

Det finns stora regionala skillnader i tillgång till vård

Det saknas alla former av nationella riktlinjer för obesitasvård. Även om det finns regionala behandlingsriktlinjer på många håll ser det relativt olika ut och vid sidan av kirurgisk vård finns det många regioner som helt saknar någon form av riktlinjer. När det gäller den samlade volymen av vård finns det följaktligen också mycket stora regionala skillnader. Det samlade antalet vårdtillfällen per invånare är nästan tre gånger så högt i Örebro som i Halland.

Antal vårdtillfällen för fetma per 100 000 invånare (2017).



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

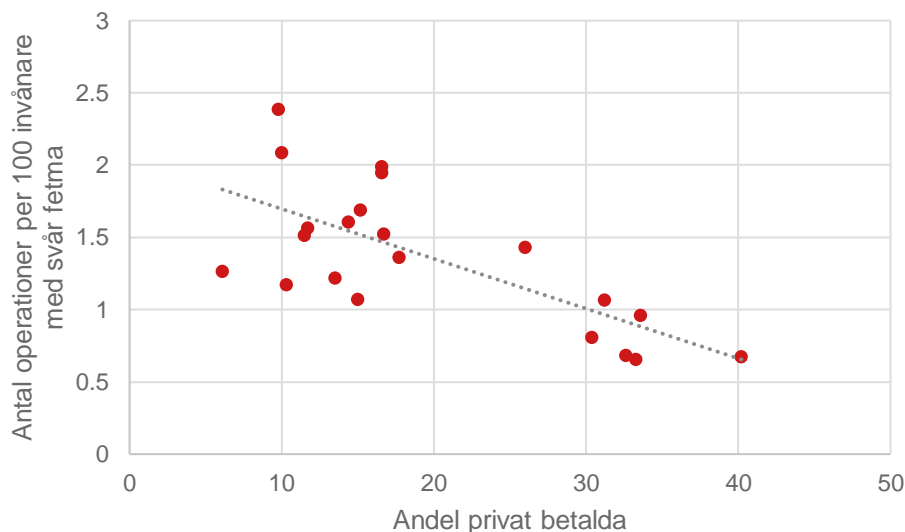
Även om regionala skillnader inte är något ovanligt i ett land med 21 självständiga regioner med ansvar för hälso- och sjukvård så är skillnaderna när det gäller tillgång till fetmavård anmärkningsvärt stora.

Den vård som beskrivs ovan är all vård inom slutenvård och öppen specialistvård där det skett vårdtillfällen med fetma som huvuddiagnos. Det betyder inte att det har rört sig om vård vid enheter som verkligen är specialiserade på just den sjukdomen. Det finns i dag endast ett fåtal kliniker som är verkligt specialiserade på medicinsk fetmavård. Det finns några sådana i Stockholm och Skåne, en i Göteborg och en i Uppsala. Det finns också en beteendemedicinsk verksamhet i Västerbotten och den bariatrisk/medicinska kliniken i Falun. Dessa verksamheter har en otillräcklig kapacitet och fördelningen över landet leder till betydande regionala skillnader i tillgång till vård.

När det gäller tillgång till kirurgisk behandling finns det också stora skillnader. Antalet operationer per 100 invånare med svår fetma spänner från 0,7 i Södermanland till 2,4 i Dalarna. Skillnaderna i tillgång till kirurgi speglas i andelen som sker med helt privat finansiering. Antalet operationer har minskat med 25 procent mellan 2014–2018 samtidigt har antalet privat finansierade ökat med 25 procent.²¹

²¹ SOReg:s årsrapporter 2016 och 2018 samt egna beräkningar

Det finns en tydlig korrelation mellan antal operationer per invånare med svår fetma i en region och andelen som betalats privat. En begränsad tillgång till offentligt finansierade operationer leder till att många tvingas betala själva.



Källa: SOReg årsrapport 2018, IHE, SCB och egna beräkningar

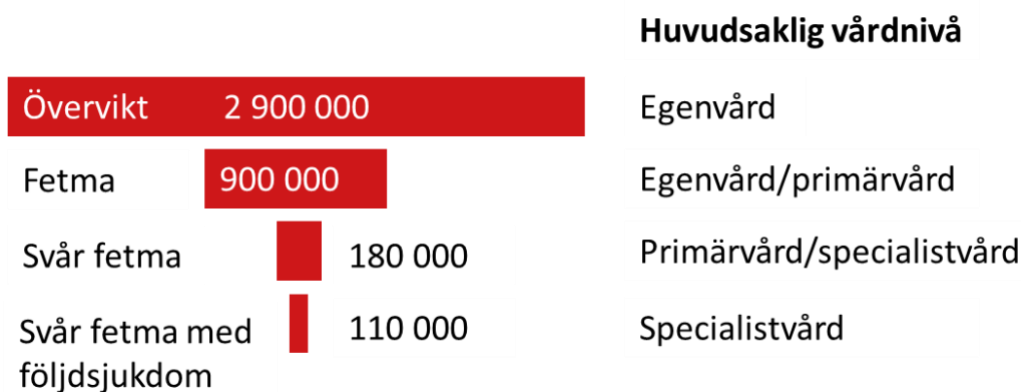
Det finns också ett betydande inslag av privat finansiering när det gäller läkemedel. Under 2018 såldes sammanlagt drygt 4000 förpackningar av liraglutid och naltrexon/bupropion. Eftersom dessa läkemedel inte ingår i högkostnadsskyddet finansierades detta till allra största delen av patienterna själva. Även här finns det alltså stora ojämlikheter.

Den nya kunskapsstyrningsorganisation som regionerna har infört ska särskilt arbeta med områden där det finns stora regionala skillnader och ett gap mellan behov och tillgång till rätt vård. Det är nog svårt att hitta områden som så väl passar in på den beskrivningen som svensk fetmavård.

VÄGEN TILL TILLRÄCKLIG OCH JÄMLIK VÅRD

Ungefär hälften av den vuxna befolkningen i Sverige lever med övervikt eller fetma. Det är uppenbart att det krävs en klok prioritering för att ge rätt vård till rätt person på rätt vårdnivå. Mest resurser måste satsas på de svårast sjuka men det måste också finnas en bra grundläggande vård. Även med en kraftigt utbyggd fetmavård kommer dock de allra flesta att huvudsakligen behöva förlita sig på egenvård. För att klara utmaningen att ge bättre vård till fler kommer det att krävas stabila strukturer för att säkerställa rätt vård på rätt nivå. Samtidigt behövs det bättre vård på alla nivåer. Figuren nedan är ett försök att schematiskt beskriva utmaningen och ge en grov bild av vilka patienter som bör få hjälp på vilken vårdnivå.²²

²² Figuren inkluderar bara vuxna. Andelen som har svår fetma med följsjukdom är baserad på en skattning gjord av Novo Nordisk, 39 procent av dem med svår fetma. Andelen är starkt beroende av vilka sjukdomar som räknas in. I Nationella Indikatorer för Obesitaskirurgi http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf görs bedömningen att de flesta med ett BMI>35 lider av någon följsjukdom.



Källa: Antalet personer bygger på egna beräkningar baserade på uppgifter från Folkhälsomyndigheten, SCB, IHE och Novo Nordisk.

Nationella riktlinjer

Det bör vara en brådskande uppgift för det nationella programområdet för endokrinologi att ta fram kunskapsstöd och riktlinjer kring hur vården ska organiseras. Det behövs en gemensam bild av vilken vård som ska erbjudas på de olika nivåerna och vilka patienter som ska behandlas på vilken nivå. Det finns ett stort och akut behov av en stark och tydlig regiongemensam kunskapsstyrning inom området fetmavård. Nedan följer, i fem punkter, viktiga områden att behandla i ett sådant arbete. Det är också områden där behoven är så stora att landets regioner omedelbart kan och bör påbörja ett förbättringsarbete.

En utbyggd medicinsk specialistvård

Den mer avancerade vården för de svårast sjuka är, som har framgått, kraftigt underdimensionerad. Det gäller definitivt kirurgisk vård men i ännu högre grad den icke-kirurgiska specialistvården. Med några undantag, främst i de tre stora regionerna och Uppsala, så saknas det specialiserade kliniker med kapacitet att ge en strukturerad och långsiktig vård för personer med svår fetma och allvarlig samsjuklighet. Och även där det finns specialiserade kliniker är det för få som får tillgång till vården.

Ett exempel är obesitaskliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. De erbjuder en 12-månaders behandling för personer med svår fetma och fetmarelaterad samsjuklighet. Trots att de är den enda kliniken av sitt slag i hela Västra Götaland har de inte kapacitet att ta emot alla av de blygsamma 1 400 patienter som remitteras dit årligen. Antalet remitterade kan jämföras med de knappt 20 000 personer som beräknas lida av svår fetma med följsjukdom i Västra Götaland.

Det behövs en kraftig utbyggnad av specialistvården. Alla regioner ska kunna erbjuda kvalificerad medicinsk behandling. Med tanke på att det går att få kirurgisk behandling vid runt 40 olika kliniker i landet finns det en befintlig struktur som skulle gå att komplettera med icke kirurgisk behandling. Det skulle också kunna vara ett sätt att stärka den viktiga postoperativa långtidsuppföljning som i dag ofta är placerad i primärvården.

Strukturerade program i primärvården

Även med en kraftigt utbyggd specialistvård kommer de allra flesta patienter behandlas inom primärvården. För att primärvården ska kunna hantera detta på ett bra sätt krävs det

kunskap, verktyg och resurser för en strukturerad behandling. Behandlingen måste omfatta alla relevanta delar och ges multidisciplinärt. I t.ex. Skånes primärvårdsriktlinjer lyfter man de punkter som återfinns i litteraturen kring livsstilsbehandling vid fetma.²³

- Kostrådgivning (kalorirestriktion som ger viktnedgång, hälsosam kost med inverkan på riskfaktorer, grönsaker, frukt med mera).
- Stimulans till fysisk aktivitet (genom exempelvis fysisk aktivitet på recept).
- Stöd för beteendeförändring (MI, KBT).
- Samtal förs teoribaserat och patientcentrerat, individuellt eller i grupp.
- Orlistat kan ges inom strukturerat omhändertagande vid BMI \geq 35 (eller BMI \geq 28 och andra riskfaktorer).

Det saknas i dag bra uppföljning av vilken form av fetmabehandling som huvudsakligen ges inom primärvården men mycket tyder på att verkligheten ofta ser annorlunda ut än ett idealt multidisciplinärt och strukturerat program. I en litteraturöversikt beskriver personalen bl.a. brist på tydliga riktlinjer, kunskap samt tid som hinder för arbete med livsstilsförändringar.²⁴

Regionerna behöver säkerställa att primärvården har möjlighet att bedriva evidensbaserad och strukturerad behandling av fetma.

Det behövs tydliga vårdnivårekommendationer

Utöver att se till att varje vårdnivå har kapacitet att erbjuda rätt vård krävs det också tydliga riktlinjer för vem som ska behandlas var. En ordentlig satsning på obesitasvård förutsätter prioriteringar. När det kommer nya läkemedel på området kommer det också att behövas tydliga regler kring var i vårdkedjan de ska användas.

En granskning från Göteborgs Universitet visade att bara hälften av landets regioner har någon form av vårdnivårekommendation när det gäller behandling av fetma.²⁵ Vid en närmare granskning visar det sig också att de rekommendationer som finns inte alltid är fullständiga – det kan t.ex. saknas uppgift om vilka verksamheter som ingår i vilken vårdnivå.

Kronisk sjukdom kräver bra uppföljning

Att gå ned i vikt är inte särskilt svårt. Att bibehålla en viktnedgång är väldigt svårt. En av de svagaste punkterna inom många delar av vården är långsiktig uppföljning. Det är paradoxalt nog särskilt sant när det gäller obesitasvård. Även när det gäller avancerad vård som kirurgi brister det ofta. Vid privatfinansierad kirurgisk behandling är det t.o.m. så att längre uppföljning är en premiumprodukt som kostar extra. På många håll flyttas också ansvaret för uppföljning relativt snabbt till primärvården vilket riskerar leda till att patienten tappas bort. På lägre vårdnivåer är problemen sannolikt ännu större.

I Uppsalas behandlingsriktlinjer för fetma konstaterar man att - *Eftersom fetma är en kronisk sjukdom ska patienten erbjudas livslång uppföljning av vikt och eventuell utveckling av*

²³ <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/medicinska-omraden/endokrina-organ-fetma-och-diabetes/ako/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/>

²⁴ Catarina Fougner, Cecilia Larsson, Primärvårdens erfarenheter av arbete med livsstilsförändringar vid övervikt eller fetma - En systematisk litteraturstudie, Magisteruppsats, Örebro Universitet (2016)

²⁵ Ida Karlsson, En inventering och sammanställning av den vård som erbjuds vuxna personer med fetma i Sverige, Masteruppsats Göteborgs Universitet (2017)

*överviktsrelaterade sjukdomar.*²⁶ Det är en insikt som i betydligt högre grad måste genomsyra all behandling av fetma.

Behandla sjuka som sjuka

Den kanske allra viktigaste punkten är att hälso- och sjukvården måste möta patienter med en svår sjukdom som de vore sjuka. Det låter nog som en självklarhet för de flesta men är långt ifrån verkligheten för många som lider av den kroniska sjukdomen fetma. Där behandlingen inte fungerar skylls det inte sällan på patientens bristande *motivation*. Istället för att se sjukdomen som den endokrina sjukdom den är, klassas fetma ofta som en *livsstilsfråga*.

Det är helt oacceptabelt att personer som söker vård för en sjukdom ska behöva utsättas för stigmatisering, skuldbeläggande och diskriminering. Det gäller förstås i samhället i stort men inte minst i mötet med hälso- och sjukvården. Obesitas är en svår kronisk sjukdom som ligger bakom vart tionde förlorat levnadsår i Sverige. Det är ett faktum som i betydligt högre grad borde påverka såväl vårdens prioriteringar som dess bemötande av de svårt sjuka patienterna.

OM HOBS

HOBS, Hälsa oberoende av storlek, är en ideell organisation som arbetar med hälsofrågor som rör övervikt och obesitas. Mer än hälften av Sveriges befolkning lever med övervikt och obesitas. Vi ser på hälsa som ett helhetsbegrepp som består av fysiska, psykiska och sociala faktorer. HOBS är ett riksförbund som verkar för allas rätt att mötas med respekt i samhället och vi tror på allas rätt till en jämlik vård och bemötande oberoende av storlek.

Kontakt: Jenny Vinglid, generalsekreterare HOBS, e-post: jenny.vinglid@hobs.se

²⁶ <http://www.lu.se/Global/Extranät/Vårdgivare/Vårdprogram/Vårdprogram%20Fetma%20hos%20vuxna.pdf>