

Handläggare:
Eva Lestner

Specialiserad obesitasbehandling – uppföljning och förslag till fortsatta åtgärder

Ärendebeskrivning

Förvaltningen redovisar en uppföljning av ärendet ”Specialiserad obesitasbehandling – översyn och förslag till åtgärder” från år 2010.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för akutsjukvård.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-05-25
Hälsoekonomiska effekter av överviktsbehandling 2011

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* anta de föreslagna nationella indikationerna för primär fetmakirurgi
- att* anta de föreslagna kvalitetskrav för primär fetmakirurgi med justeringen att sådan vård enbart ska utföras hos vårdgivare med intensivvårdsresurser
- att* uppdra till förvaltningen att återkomma till nämnden med en regelbok för vårdval obesitaskirurgi
- att* uppdra till förvaltningen att följa upp ett antal resultatmått efter både medicinsk och kirurgisk överviktsbehandling
- att* uppdra till förvaltningen att återkomma till nämnden med ett förfrågningsunderlag avseende upphandling av bukplastikoperationer
- att* uppdra till förvaltningen att genomföra de föreslagna förändringarna inom den medicinska överviktsbehandlingen

att lägga rapporten "Hälsoekonomiska effekter av överviktsbehandling 2011" till handlingarna.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Mer än tre procent av den vuxna befolkningen 18 – 65 år har en kroppsvikt som gör dem till kandidater för obesitaskirurgi. För Stockholms läns landsting skulle det innebära att 38 000 medborgare skulle vara aktuella för bedömning inför obesitasoperation till en kostnad av drygt två miljarder kronor. Detta är endast en teoretisk beräkning då inte alla förväntas söka för sin fetma eller vill bli opererade.

Obesitasoperationer

Under 2010 utfördes 2 300 obesitasoperationer i länet, varav 1830 operationer utfördes på invånare i Stockholms län. Det är en ökning med ca 50% jämfört med året innan vilket motsvarar 734 fler operationer. Den stora operationsökningen möjliggjordes av en extrabeställning på ca 300 operationer. Medelvårdtiderna har minskat mellan åren från 3.1 till 2.5 dagar. Samtliga sjukhus förutom Karolinska Universitetssjukhuset ökade sin produktion under 2010. På Karolinska Universitetssjukhuset minskade antalet utförda operationer något. Det förklaras av att sjukhuset fått ett förändrat uppdrag avseende obesitasoperationer. Från och med 2010 utförs endast sekundära obesitasoperationer samt som ensam utövare i länet ett mindre antal gastric banding-operationer. Övriga sjukhus opererar obesitaspatienter med operationsmetoden gastric bypass.

Därutöver har akutsjukhusen utfört 228 obesitasoperationer under år 2010 på patienter från andra landsting (jmf 258 operationer år 2009). Den största utomlänproduktionen utfördes av Danderyds sjukhus. Året dessförinnan var Norrtälje det sjukhus som opererade flest utomlänspatienter. I enlighet med avtalen ska sjukhusen prioritera Stockholmspatienter så länge som det fortfarande finns köer utöver vårdgarantins gränser. Som en följd av detta har sjukhusen ånyo uppmanats att sluta operera utomlänspatienter till dess att vårdgarantin i Stockholms län kan hållas.

Ersta, som har inte samma tillgänglighetsansvar som akutsjukhusen, utförde 242 utomlänsoperationer under förra året.

Tilläggsbeställningar år 2010

För att förbättra tillgängligheten fick akutsjukhusen år 2010, utöver flerårsavtalen, i uppdrag att utföra 760 obesitasoperationer för att minska vårdköerna enligt nedan. Tilläggsbeställningarna byggde på sjukhusens egna uppskattningar av maximal volym obesitasoperationer under året. Ersta sjukhus hade en beställning på 590 obesitasoperationer. Inget sjukhus utförde dock hela sin tilläggsbeställning. Sammantaget var differensen 168 operationer jämfört med avtal.

Väntetidsläget för obesitasoperation

Förra året i april var den totala kön till obesitasoperation cirka 600 patienter, varav 65 väntat mer än 90 dagar. För närvarande (april 2011) är det 45 patienter som väntat utöver vårdgarantins gräns på 90 dagar.

Patienter som väntat på läkarbesök på kirurgmottagning utöver vårdgarantins gräns på 30 dagar är för närvarande 1052 patienter (april 2011). En del av de patienterna väntar på bedömning inför obesitasoperation. Danderyds sjukhus hade hösten 2010 600 obesitaspatienter i kö till kirurgmottagningen. De har gjort en extra insats och bedömer att de i stort sett kommer vara köfria innan sommaren.

Tabell Köläge April 2011 Obesitasoperation

Vårdgivare	Antal väntande	Antal väntande >90 dagar	Andel väntande >90 dagar
Capio S:t Görans sjukhus	18	0	0
Danderyds sjukhus	66	0	0
Ersta sjukhus	221	11	5%
Karolinska Universitetssjukhuset	34	16	47%
Norrtälje sjukhus	60	2	3%
Södersjukhuset	47	3	6%
Södertälje sjukhus	27	13	48%
Totalt	473	45	10%

Volymökningar år 2011

Capio S:t Görans sjukhus och Ersta sjukhus har i avtal för år 2011 fått i uppdrag att utöka antalet obesitasoperationer, ca 400 respektive 590 operationer. Karolinska sjukhuset har redan förra året ett begränsat uppdrag avseende obesitasoperationer till ett mindre antal Gastric By Pass operationer och revisionsoperationer samt operationer med metoden Gastric Banding. Övriga akutsjukhus har i samband med fastställande av målvolym för år 2011 givits möjlighet att utöka antalet obesitasoperationer för att klara tillgänglighetskraven i avtalen.

Vårdprocessen

I samband med tilläggsbeställningarna ställdes krav på att vårdprocessen avseende patienter i behov av operation skulle följas. Vårdprocessen bygger på befintliga riktlinjer. Den innebär tydligare krav på att patienten är välinformerad om vad operationen innebär och är väl förberedd på den omställning som krävs. Därtill måste uppföljningen av obesitasopererade patienter säkras, både på den kirurgiska kliniken och avseende den livslånga uppföljningen inom primärvården. Operationen innebär risk för långsiktiga biverkningar såsom till exempel vitamin- och mineralbrist. Varje vårdenhet ska ha ett genomtänkt system för långsiktig uppföljning av patienterna.

Kvalitetsregister

Ett skandinaviskt kvalitetsregister, SOReg, startades i slutet av år 2007 och alla vårdgivare som utför obesitasoperationer på uppdrag av HSN-f rapporterar till registret. I registret görs uppföljning 6 veckor, ett år och två år efter operationen. Uppföljningen avser komplikationer efter operation, komplikationer under första postoperativa året, medelvärde på viktnedgång samt mortalitet. Registret redovisar få parametrar öppet per sjukhus, och när det gäller resultat av vården redovisas endast en uppgift öppet i den senaste årsrapporten - andelen som ingått i ettårsuppföljningen.

Tabell Andelen (%) som följts upp efter ett år.

Klinik	2007	2008	2009 (del av året)
Capio St G	96	94	40
Danderyd	55	69	40
Ersta	78	77	51
Karolinska Huddinge	86	72	5
Norrtälje		83	78
Södertälje	67	70	32
Hela registret	73,5	72,4	34,5

Registret och resultatrapporteringen kommer att förbättras i årsrapporten avseende 2010 års verksamhet. Flera resultat kommer att redovisas öppet, bland annat komplikationer efter operation. I SKL:s Öppna jämförelser 2011 kommer uppgiften om andelen som ingått i uppföljningen att redovisas per vårdgivare. Enligt avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden ska akutsjukhusen 2011 redovisa täckningsgraden i rapportering till SOReg. Från och med år 2012 kommer det i sjukhusavtalen vara ersättning kopplat till täckningsgrad i rapporteringen till SOReg.

Handlingsplanen

Handlingsprogrammet är beslutat i Hälso- och sjukvårdsnämnden den 27 april 2010. Innan dess gällde det Handlingsprogram som beslutades 2004.

Handlingsprogrammet innehåller tre avsnitt

- Beställarunderlag
- Vårdprogram
- Samhällsinriktat folkhälsoarbete

Vårdprogrammen för barn och vuxna innehåller beskrivning av vårdkedjor och ansvarsfördelning för förebyggande arbete, medicinsk behandling och för vuxna även kirurgisk behandling av fetma. I Handlingsprogrammet framgår att husläkarmottagningarna har ansvar för att patientens övervikt och fetma behandlas. Andra mottagningar såsom psykiatriska mottagningar, mödravårdscentraler och primärvårdsrehab har också ett ansvar för att behandla övervikt och fetma.

Patienter som genomgått obesitaskirurgisk eller –medicinsk behandling remitteras till primärvården för fortsatt uppföljning. Fetma är en kronisk sjukdom och långsiktigt stöd är därför viktigt.

Vårdval Obesitaskirurgi

Vårdval Obesitaskirurgi planeras för införande under år 2012. Vårdvalet föreslås omfatta den vårdprocess som beskrivits i förvaltningens rapport ”specialiserad obesitasbehandling” och i rubricerade tjänsteutlåtande. Förvaltningen bedömer att vårdval skulle innebära en förbättring av tillgängligheten och tillgodose behoven av kontinuitet och vård samband. Uppdraget bedöms kunna beskrivas, avgränsas och ersättas på ett sådant sätt att specialistkompetensen tas till vara och vård utförs på rätt vårdnivå. Förvaltningen föreslås återkomma med en regelbok för vårdval obesitaskirurgi.

Bukplastik

En extra beställning gjordes under förra året så att de 50 patienter som väntat utöver vårdgarantins gräns för att få en bukplastikoperation ska få sin operation utförd. Finansieringen av de extra bukoperationerna skedde inom det extra anslaget för tillgänglighet år 2010.

Extrabeställningar för åren 2011 och 2012 av bukplastikoperationer har gjorts på Capio S:t Görans sjukhus i samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset som ett led i deras arbete med att koncentrera sin verksamhet på den mer högspecialiserade sjukvården. Detta ger möjlighet att

planera och genomföra upphandling så att avtal kan tecknas för år 2013. Förvaltningen föreslås återkomma med ett förfrågningsunderlag avseende upphandling av bukplastikoperationer.

Nationella indikationer för obesitasoperation

En arbetsgrupp har på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket tagit fram nationella indikationer för fetmakirurgi. De föreslagna nationella indikatorerna nedan stämmer i stort sett överens med de indikatorer för fetmakirurgi som Handlingsprogrammet föreskrivit.

Sammanfattning av arbetsgruppen förslag:

Hos patienter med eget välinformerat samtycke föreslås indikation föreligga för obesitaskirurgi hos vuxna patienter under 60 år med ett BMI ≥ 35 kg/m² under förutsättning att patienten inte har kontraindikationer och har en övertygad vilja att opereras och har full insikt och acceptans av de förändringar i levnadssättet som en operation leder till. Indikationen för obesitaskirurgi stärks hos vuxna patienter under 60 år med ett BMI ≥ 35 kg/m² om patienten också har diabetes mellitus typ 2, svår sömnapné, eller uttalade ledbesvär i höft, knä eller ankel (viktbärande leder), samt hos fertila kvinnor med en önskan att bli gravid.

Med anledning av att det vetenskapliga underlaget för effekterna av kirurgi fortfarande är otillräckligt för personer äldre än 60 år föreslås indikation föreligga för obesitaskirurgi endast vid svåra besvär i viktbärande leder, där viktreduktion är absolut nödvändigt för att möjliggöra en elektiv ledprotesoperation.

Arbetsgruppen fick även i uppdrag att ta fram förslag på krav på producenterna av fetmakirurgi och att ta fram ett förslag på kvalitetsindikatorer och dess måluppfyllelse. Kvalitetskraven består av tre delar; strukturkrav, processkrav och resultatkrav.

Gällande strukturkrav föreslås till exempel att enheter utan egen IVA-vårdsresurs bara får operera patienter med låg till måttlig operationsrisk.

Processkrav gäller bland annat att beslut att utföra eller att avstå från en operation ska fattas i samråd mellan patienten och en kirurg med tillräcklig erfarenhet av obesitaskirurgi och dess konsekvenser. Patienten ska vara fullt informerad och visa insikt om konsekvenserna innan operationsbeslutet tas. I det slutliga beslutet ska de medicinska indikationerna vägas mot de individuella

riskerna och förutsättningarna för ett lyckat långsiktigt operationsresultat. En strukturerad bedömningsprocess före operation skall finnas.

Ett annat exempel på processkrav är att operationsvolymen på en opererande enhet skall vara (planerad till) minst 100 operationer per år. Detta krav baseras på att det föreligger en inlärningskurva för hela verksamheten. Landsting med flera egna enheter med små operationsvolymen bör samla dessa operationer till färre enheter.

Resultatkrav gäller bland annat uppföljning; varje patient ska följas upp enligt ett definierat och tydligt postoperativt uppföljningssystem. Detta system ska vara anpassat till samtliga olika skeden i det postoperativa förloppet. Efter viktsstabilitet, dvs. efter det första eller andra årets uppföljning ska fokus för uppföljningen vara de långsiktiga nutritionella kraven, supplementering av vitaminer och förstärkning av nödvändiga livsstilsförändringar. Om sådana återbesök inte utförs själv av den opererande enheten ska särskild överenskommelse med annan sjukvårdsproducent (exempelvis en primärvårdsenhet) finnas som säkerställer den långsiktiga uppföljningen. Ansvaret för att en sådan överremittering sker, som även ska inkludera information om vad uppföljningen ska innehålla, åligger den opererande enheten.

Vid beställning och upphandling av obesitaskirurgi ska dessa krav på uppföljning postoperativt beaktas. Även vid operation enligt så kallade vårdgarantiregler skall uppföljningen anses som en integrerad del i operationen/behandlingen och således ingå i ansvaret för patienten.

Förslag med anledning av den nationella arbetsgruppens förslag

Förvaltningen föreslår att de nationella indikationer för primär fetmakirurgi ska vara de gällande indikationerna inom Stockholms läns landsting samt att kvalitetskraven ska vara de krav som ställs i kommande avtal med ett undantag; obesitaskirurgi ska enbart utföras hos vårdgivare med intensivvårdsresurser.

Hälsoekonomiska aspekter

Förvaltningen har genomfört en översyn av hälsoekonomiska aspekter på överviktsbehandling. De hälsoekonomiska konsekvenserna av fetmakirurgi i Sverige är ofullständigt analyserade, varför denna typ av studier är angelägna.

Enligt bifogad delrapport utgör övervikt och fetma en stor kostnad för både individ och samhälle. Överviktiga och feta personer har en högre risk än

normalviktiga att drabbas av olika följsjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärl sjukdomar, artros och vissa cancersjukdomar. Dessutom är risken att dö i förtid högre för feta personer.

Studier visar att patienter med BMI över 40 har en dubbelt så hög sjukvårdskostnad samt att patienter med BMI över 30 har 50 procent längre vårdtider och därmed högre vårdkostnader jämfört med normalviktiga patienter. Ytterligare studier visar att BMI korrelerar starkt med sjukpension vilket belyser den samhällsekonomiska kostnaden.

Idag finns en mängd olika interventioner och behandlingar som möjliggör besparingar i både kostnader och lidande. Frågan är, givet en individanpassning, vilka av dessa behandlingar är mest effektiva?

Litteraturen visar att kostnader för viktnedgång skiljer sig mellan olika behandlingar. Enligt SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är kostnaden för viktnedgång genom kostrådgivning, beteendeterapi, VLCD, kostersättningspreparat med lågt energiinnehåll och kirurgisk behandling relativt låg medan den är långt högre vid läkemedelsbehandling (som dock kan vara kostnadseffektiv). Vidare visar majoriteten av studierna att kirurgisk behandling av fetma är ett kostnadseffektivt alternativ till icke-kirurgisk behandling, särskilt för patienter med högre BMI och med högre risk-/följsjukdomar.

Gällande förebyggande arbete ligger de mest effektiva åtgärderna utanför sjukvården samtidigt som sjukvården kan ha en stor påverkan på fetma och fetmarelaterade sjukdomar genom att fokusera på individer med hög risk. På basen av studier rörande vuxna kan det konstateras att det går att förebygga fetma med insatser för att förbättra kost och fysisk aktivitet. Avseende fysisk aktivitet på recept kan det leda till minskade kostnader för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar samt till en bättre livskvalitet. Fysisk aktivitet ger samtidigt endast en måttlig viktnedgång om den inte kombineras med andra typer av behandlingar, t ex kostbehandling.

En förklaring till svagheter i studier är att det saknas relevant data att tillgå. Forskare har påpekat att det finns brister i dokumentationen (patienters startvikt och BMI) hos vårdgivare som behandlar patienter med övervikt och/eller fetma.

Högre krav på systematisk registrering

Med grund i rapporten rekommenderas att beställaren ställer högre krav på systematisk registrering. I första hand på de enheter som utför medicinsk eller kirurgisk behandling.

Använda dokumentationen/data mer systematiskt

På längre sikt borde beställaren använda uppgifter för en mer kunskapsbaserad styrning där beställningar prioriteras utifrån behandlingarnas kostnadseffektivitet. Ett första steg kan vara att sammanställa och jämföra information i uppföljningen.

Fler aktörer borde använda kvalitetsregistret (SOReg) i ökad utsträckning: registret har en relativt god täckningsgrad vilket är positivt då det skapar förutsättningar för forskning och utveckling. Gällande medicinsk behandling, där det inte finns ett gemensamt kvalitetsregister, är det viktigt med samordning: att alla vårdgivare systematiskt registrerar samma uppgifter som görs tillgänglig för att kunna forska och utveckla vården. Förvaltningen föreslås följa upp ett antal resultatmätt både efter medicinsk och kirurgisk överviktsbehandling.

Revision Specialiserad medicinsk överviktsbehandling

Förvaltningen har, med anledning av uppdraget från Hälso- och sjukvårdsnämnden att göra en översyn av den specialiserade medicinska överviktsbehandlingen inom Stockholms läns landsting, genomfört en revision av de tre enheter som bedriver specialiserad medicinsk överviktsbehandling inom Stockholms läns landsting; MotVikt vid Danderyds sjukhus AB, Metabola riskmottagningen vid Karolinska sjukhuset i Huddinge samt Överviktsenheten Norrtull. Revisionen har inte visat annat än att den granskade vården sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt följer aktuella riktlinjer och handlingsplaner.

Slutsatserna är att en tydligare profilering mellan verksamheterna riktad mot särskilda riskgrupper borde genomföras samt att en betydande ökning av samverkan mellan aktörerna inom sjukvården skulle förbättra det totala resultatet. Det finns goda exempel på samverkan mellan kirurgisk och medicinsk behandling som sannolikt också skulle öka den tiden som kan användas till operation. Dessutom kan gemensamma bedömningar och prioriteringar ("störst behov först") för operation respektive andra åtgärder, inte minst livslånga uppföljningar åstadkommas. Den betydande

samsjukligheten hos fetmapatienterna försvårar genomförandet av enkla riktlinjer.

Sammanfattning av revisionens förslag:

- Utveckla överviktsmottagningarna som kompetenscentrum och komplettera avtalen med ett kompetensinriktat förebyggande stöd för andra aktörer
- Utveckla ett fetmanätverk
- Utveckla ett gemensamt fetmatregister för kirurgisk och medicinsk behandling inom SLL så att uppföljningen av medicinska resultat underlättas
- Såväl enheter för kirurgisk som icke-kirurgisk specialistvård bör arbeta för att få till stånd strukturerade remisser av bättre kvalitet

Därutöver föreslås i revisionsrapporten olika inriktningar för de reviderade verksamheterna. En skärpt profilering bör ske där MotVikt ska hantera patienter på väg mot kirurgisk behandling. Metabola enhetens tydliga profilering mot fetma-diabetes bör markeras ännu tydligare så att enheten endast tar patienter med BMI>35 och insulinberoende diabetes typ 2. Överviktsenheten vid Norrtull profileras mot riskgrupper 16-25 år gamla med fetmaproblematik, vilka inte har insulinberoende diabetes typ 2. Ett särskilt problem är patienter med psykiatrisk samsjuklighet där en särskild enhet med specifik kompetens att stödja psykiatrin i prevention och behandling av fetma saknas. Denna kompetens skulle kunna ingå i uppdraget för Norrtull som stöd för fetmabehandling inom psykiatrin, där fetmabehandlingen måste kunna skötas. Dessutom föreslås att enheten skulle kunna ta hand om blivande och nyblivna mödrar, tillsammans med MVC.

Förslag med anledning av revisionen

Förvaltningen föreslår att förändringar avseende Metabola enheten görs i enlighet med revisionens förslag.

De obesitaskirurgiska vårdgivarna har ett tydligt uppdrag att bedöma sina respektive patienter i ett vidare perspektiv. Samtliga vårdgivare ska vid ställningstagande till operation bedöma patienten både ur obesitaskirurgiskt och obesitasmedicinskt perspektiv. Förvaltningens bedömning är att det pågår

en utveckling av en strukturerad bedömningsprocess hos de obesitaskirurgiska vårdgivarna.

Överviktsenheten vid Norrtull genomförs i stort sett i enlighet med revisionens förslag. Utöver detta föreslås att de även skulle få uppdrag att vara en specialiserad nivå för patienter i hela länet med annan sjuklighet i behov av viktnedgång som har behov av en annan kompetens än som kan erbjudas på husläkarmottagningarna. En sådan central enhet ökar förutsättningarna för att utvecklas till ett kompetenscentrum för att stödja och arbeta med ett kompetensinriktat förebyggande stöd för andra aktörer.

Förvaltningen föreslår att organisationen stärks genom att MotVikts verksamhet och resurser flyttas till Överviktsenheten vid Norrtull för att möjliggöra en utveckling av ett kompetenscentrum för hela länet.

Förvaltningen föreslås få uppdrag att genomföra förändringar av uppdragen inom den medicinska överviktsbehandlingen med inriktning i enlighet med ovanstående förslag.

Obesvarade frågor och kunskapsluckor

För vissa fetmarelaterade sjukdomar och komplikationer föreligger fortfarande ett otillräckligt vetenskapligt underlag vad gäller effekten av obesitaskirurgi. Detta gäller bland annat hjärt- och kärlsjukdom för vilket det föreligger ett behov av ytterligare studier. För personer äldre än 60 år är det vetenskapliga underlaget för effekterna av kirurgi fortfarande otillräckligt. Detta beror mycket på att hitintills gällande indikationer har haft, och därmed genomförda studier har använt sig av, en åldersgräns just vid 60 år.

Det vetenskapliga underlaget för långtidseffekterna av fetmakirurgi hos personer yngre än 18 år är också fortfarande otillräckligt. Här pågår dock ett flertal randomiserade studier, bland annat en i Sverige, varför vi kan förvänta oss ny kunskap i frågan om effekten av obesitaskirurgi hos yngre patienter inom en snar framtid. I avvaktan på dessa resultat skall fetmakirurgi hos individer under 18 år endast ske inom ramen för randomiserade, kontrollerade studier vid särskilda centra med såväl barnmedicinsk som barnkirurgisk kompetens.

När det gäller effekter på livskvalitet brister det vetenskapliga underlaget till stor del på att olika instrument att mäta detta använts i olika studier, och att opererade patienter respektive de icke-opererade kontrollpatienterna inte

rapporterat samma nivå av livskvalitet vid uppföljningstidens början. Det behövs därför ytterligare studier kring effekten av obesitaskirurgi på livskvalitet.

Effekterna av obesitaskirurgi hos patienter med ett BMI < 35 kg/m² är mycket lite studerat. Det pågår ett flertal randomiserade studier där kirurgi jämförs med sedvanlig behandling hos diabetespatienter med BMI mellan 30 och 35 kg/m².

Kunskap och erfarenhet om hur man bäst ska värdera patienter med ett eventuellt behov av revisionskirurgi efter primär obesitaskirurgi som inte resulterat i ett önskvärt resultat är ännu otillräcklig. Val av operationsmetod och typ av revision är ännu inte utvärderade i kontrollerade studier. Sådana studier bör göras vid centra med särskilt intresse för denna komplicerade patientkategori.

Även om flertalet överviktiga patienter som opereras för sin övervikt har nytta av sin operation så gäller det inte alla. Det vore därför av stort värde att före operation bättre kunna utskilja de patienter som kommer att ha nytta av den kirurgiska åtgärden från dem som inte kommer att uppleva några positiva effekter (dvs. individualiserad medicin). Ytterligare studier som kan klargöra hur dessa olika patientkategorier kan särskiljas är därför mycket angelägna. Vissa långtidseffekter av obesitaskirurgi är dessutom ofullständigt kända. Ett exempel på det är alkoholmissbruk där det finns indikationer på att detta är vanligare hos patienter som genomgått gastric bypass till följd av en ändrad metabolism av alkohol efter operation.

BMI är den variabel som hitintills används i kliniska studier för att definiera grundläggande urvalskriterium för olika interventionsåtgärder mot övervikt och fetma. Det finns skäl som talar för att andra mått på fetma kan vara känsligare och ha ett starkare prediktivt värde än BMI och behöver studeras framöver.

Avslutning

Den av Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade vårdprocessen för obesitaskirurgi stämmer väl överens med den föreslagna utvecklingen av en strukturerad bedömningsprocess i de nationella indikationerna och kvalitetskraven. Ytterligare studier krävs dock som kan klargöra hur olika patientkategorier kan särskiljas då inte alla patienter har nytta av den

kirurgiska åtgärden. Förvaltningen föreslås fortsätta följa utvecklingen inom obesitasbehandling.

Ekonomiska konsekvenser

I nuläget är de ekonomiska konsekvenserna svårbedömbara. På lång sikt bör förslagen leda till att patienter i behov av specialiserad överviktsbehandling behandlas på rätt vårdnivå vilket bör vara till fördel ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Ökade krav ställs på utförare av obesitaskirurgi vilket torde leda till förbättrad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Förändringar av indikationer inför obesitasoperation skapar bättre förutsättningar för att de som har mest behov av operation är de som får det i första hand, oavsett kön.

Miljökonsekvenser

Förslagen i ärendet förväntas inte få några miljökonsekvenser.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Leif Karnström
Avdelningschef

Hälsoekonomiska effekter av överviktsbehandling 2011

*– en kartläggning utifrån forskning och samtal med
sakkunniga*

Ida Almkvist och Carolina Sandberg
Utvecklingsavdelningen
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen/SLL

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	3
1.1 BAKGRUND	3
1.2 SYFTE	3
1.3 METOD OCH UPPLÄGG	3
2.1 EFFEKTER AV OLIKA BEHANDLINGAR - SBU	4
2.2 LITTERATURÖVERSIKT	5
2.2.1 Sammanfattning HTA och översikter inom fetma	5
2.2.2 Sammanfattning av enskilda studier	8
3. INTERVJUER	10
4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER	11
4.1 FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER	12
6. KÄLLOR	14

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat att förvaltningen ska göra en översyn av hälsoekonomiska aspekter på överviktbehandling. Uppdraget beskrivs i tjänsteutlåtandet "Specialiserad obesitasbehandling - översyn och förslag till åtgärder" (HSN 1002-0235).

1.2 Syfte

Syftet med denna rapport är att kartlägga forskning om hälsoekonomiska effekter av överviktsbehandlingar.

1.3 Metod och upplägg

För att få en fördjupad bild av kunskapsläget inom området genomfördes en litteraturoversikt. Sökningar skedde dels genom landstingets bibliotek, dels genom sökmotorer på Internet (ffa gällande HTA- studier). Vidare identifierades ytterligare studier genom rekommendationer från sakkunniga samt från referensskällor. Under perioden Nov-Feb 2010-2011 utförde landstingets biblioteket samt rapportförfattarna sökningar i PubMed, Cochrane, Google, samt ett antal HTA- databaser.

Biblioteket identifierade en mängd artiklar. På sökorden obesity, economics, och/eller treatment outcome identifierades 120 träffar varav 12 litteraturoversikter. På sökorden obesity och cost-benefit analysis identifierades 158 träffar varav 17 litteraturoversikter. Vidare kompletterade biblioteket med sökningar på Fysisk aktivitet på recept och prevention. Därtill hade biblioteket avgränsningarna som redovisas nedan. Sammanlagt lästes ett tjugotal artiklar i sin helhet och resten sorterades bort på "abstractnivå". Utöver bibliotekets sökningar inkluderades ytterligare ett tjugotal artiklar som underlag i innevarande rapport (se källförteckning).

Avgränsning litteraturoversikt

- Vuxna > 18 år
- Fetma: BMI >30 och övervikt: BMI= 25-30
- Studier från 1990-2011
- Medicinsk- (Läkemedel, Fysisk aktivitet på recept (FaR), (Very) Low Calorie Diet, Beteendeterapi) samt kirurgisk behandling

2. Resultat

Övervikt och fetma påverkas av flera faktorer i samhället, som exempel kan nämnas infrastrukturen, skatter, subventioner och utbudet av mat. Sjukvården utgör även en del av denna helhet. En mängd olika följsjukdomar av fetma och övervikt behandlas inom sjukvården, sjukdomar som leder till både direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader omfattar prevention, diagnostik, vård, rehabilitering och långtidsbehandling - kostnader som uppstår inom hälso- och sjukvårdssystemet. Till indirekta kostnader räknas de kostnader som uppstår till följd av att en person med övervikt eller fetma i arbetsför ålder inte kan arbeta på grund av sin sjukdom (produktionsbortfall). Produktionsbortfall förekommer vid korttidssjukfrånvaro, långtidssjukfrånvaro, och dödsfall före uppnådd pensionsålder¹.

En behandlings kostnadseffektivitet bedöms som låg eller hög i förhållande till en annan och beräknas ofta genom inkrementella kostnadseffektkvoter (se definitioner). En av utgångspunkterna för att en behandling kan benämnas kostnadseffektiv är att den har en positiv klinisk effekt. Statens Beredning för Medicinsk utvärdering (SBU) har skrivit en rapport² om detta. Nedan redovisas kortfattade slutsatser från den rapporten följt av en sammanfattning kring utvärderingen av förebyggande insatser.

2.1 Effekter av olika behandlingar - SBU

Kostbehandling

Kostbehandling av fetma syftar till att begränsa intaget av energi och därigenom åstadkomma en negativ energibalans, vilket leder till viktminskning. Oftast ges kostråd i kombination med råd om ökad fysisk aktivitet. Very Low Calorie Diet (VLCD), Proteinpreparat, kan under några veckor utgöra hela energiintaget, vanligtast är en behandlingsperiod på 12 veckor. **Slutsats:** Viktreduktion på 3–10 kg kan åstadkommas under ett år genom konventionell kostbehandling. De studier som följer patienterna mer än ett år visar mer eller mindre uttalad återgång mot ursprungsvikten. Gällande VLCD är viktminskningen större under den initiala perioden på 6–12 veckor jämfört med en konventionell energireducerad kost. Lågenergikost ger en liten kvarstående viktreduktion upp till 1–2 år.

Beteendeterapi

Behandling av fetma med beteendeterapi syftar till en förändring av kostvanor och fysisk aktivitet, så att viktminskning uppnås. **Slutsats:** Inga säkra slutsatser kan dras.

Fysisk aktivitet

Ökad fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på riskfaktorer för diabetes och hjärt-kärlsjukdom. **Slutsats:** Fysisk träning tillsammans med kostbehandling kan ge en måttlig viktreduktion för patienter med fetma. Enbart fysisk träning är mindre effektivt än kostbehandling.

Läkemedel

Flera viktreducerande läkemedel som tidigare var tillgängliga i Sverige avregistrerades pga att biverkningarna som uppfattades oacceptabla. För närvarande finns ett läkemedel, Xenecal för viktreducering godkänd i Sverige. **Slutsats:** Xenecal har en dokumenterad viktreducerande effekt på 2–5 kg mer än i kontrollgrupperna vid upp till två års behandling.

Kirurgi

Kirurgisk behandling av fetma kan vara aktuell för patienter med mycket kraftig övervikt och i regel då andra behandlingsinsatser inte gett resultat. En allmänt accepterad minimigräns för kirurgisk behandling av fetma är BMI >40 eller BMI >35 om det föreligger komplicerande och allvarlig följsjukdom [9]. **Slutsats:** Kirurgisk behandling av fetma har positiv långtidseffekt på vikt, livskvalitet och sjuklighet i diabetes hos personer med ett initialt BMI ≥ 40 . Upp till fem år efter operation är viktredugängen 50-75 procent av övervikten före operation.

¹ Johannesson M, 1994, *The concept of cost in the economic evaluation of health care, a theoretical inquiry. Int J Technol Assess Health Care, 10(4):675-82*

² SBU, 2002, "Fetma – Problem och åtgärder, En systematisk litteraturoversikt"

Förebyggande insatser

Idag finns exempel på projekt³ där olika preventiva åtgärder utvärderas, t ex ACE (Assessing Cost Effectiveness) Obesity America (tittar på insatserna att minska intag av söta drycker, att öka fysisk aktivitet i skolor, att förbättra dagis samt att begränsa reklamförning riktade till barn).

SBU, 2004, "Förebyggande åtgärder mot fetma, En systematisk litteraturöversikt"

Fetma som redan har uppstått är svår att behandla vilket gör förebyggande åtgärder särskilt angelägna. En slutsats i rapporten är att det går att förebygga fetma genom kost och fysisk aktivitet. Uppgifter om primär prevention av fetma saknas dock ofta. Det finns samtidigt data som belyser kostnadseffektiviteten när det gäller att med förbättrade kost- och motionsvanor förebygga eller fördröja insjuknandet i typ 2-diabetes hos individer som pga. ärftlighet och övervikt/fetma befinner sig i riskzonen.

Sassi, F. m fl, 2009, "Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies", OECD Health Working Papers, No. 48

Denna litteraturstudie visar att interventioner som studerades var kostnadseffektiva jämfört med att inte arbeta med prevention och då kroniska sjukdomar behandlas först när de uppkommer. De mest effektiva preventiva åtgärderna ligger utanför sjukvården samtidigt som sjukvården kan ha en stor påverkan på fetma och fetmarelaterade kroniska sjukdomar genom att fokusera på individer med hög risk.

2.2 Litteraturöversikt

2.2.1 Sammanfattning HTA och översikter inom fetma

SBU, 2002, "Fetma – Problem och åtgärder, En systematisk litteraturöversikt"

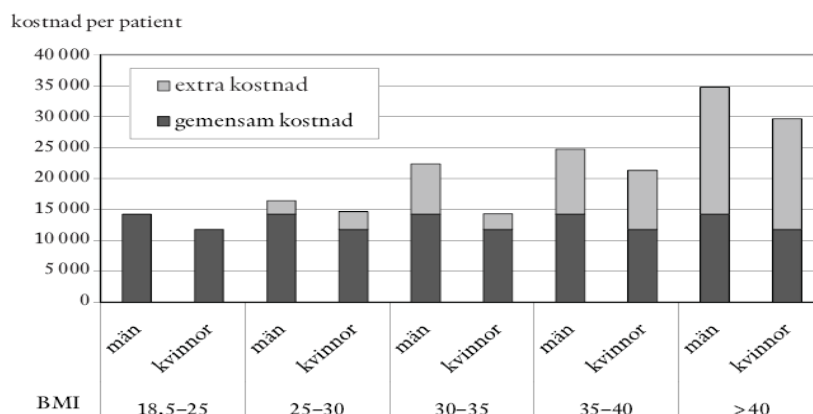
Gällande kostnader för fetma och dess följsjukdomar pekar studien på att de direkta sjukvårdskostnaderna kan utgöra omkring två procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård. Därtill kommer indirekta kostnader pga sjukfrånvaro och förtidspensioner som är minst lika höga som de direkta sjukvårdskostnaderna. Kostnader skiljer sig mellan olika behandlingstyper. För viktning genom kostrådgivning, beteendeterapi, VLCD, kostersättningspreparat med lågt energiinnehåll och kirurgisk behandling är kostnaden relativt låg medan den är långt högre vid läkemedelsbehandling. Rapportförfattarna skriver att åtgärder för att förebygga fetma sällan har utvärderats i hälsoekonomiska studier. Vidare betonas att studier där kostnadseffektivitet är beräknad utifrån sjuklighet, dödlighet eller förbättrad livskvalitet saknas.

Persson, Ödegaard, 2010, "Fetma ett ekonomiskt samhällsproblem- kostnader och möjliga åtgärder för Sverige" Ekonomisk Debatt nr 1 2010

Artikelförfattarna redovisar resultaten från olika studier, bla Persson mfl (2005) som har skattat kostnaden för all sjukhusvård, öppenvård och läkemedel till följd av övervikt och fetma till 3.6 miljarder kr i 2003 års priser. Med hjälp av en metod påvisar de att för patienter med svår fetma, BMI>40 blev den genomsnittliga sjukvårdskostnaden mer än dubbelt så hög som för patienter med hälsosamma BMI värden (se bild 1). En annan artikel, Borg mfl (2005) har påvisat att patienter med BMI>30 hade i genomsnitt 50 procent längre vårdtid än patienter med lägre BMI värden (se bild 2). Artikelförfattarna redovisar även möjliga motåtgärder till den ökande fetmaforekomsten. Philipson och Posner (2008) tar upp tre olika åtgärder; information/utbildning, skatter och reglering

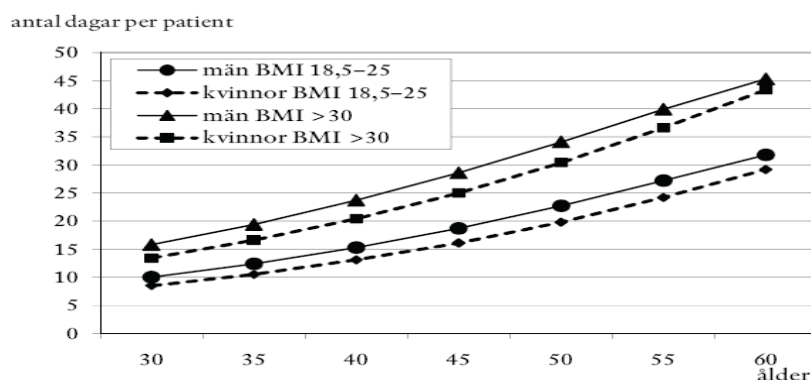
³ <http://www.hsph.harvard.edu/research/prc/projects/ace-obesity-america/index.html>

av snabbmatsutbudet. Slutsatsen är att effekten av dessa olika åtgärder är blygsamma. Därefter diskuteras medicinska interventioner mot fetma. Samtidigt som läkemedelsbehandling har minskat pga av indragna försäljningstillstånd för två av tre läkemedel har de kirurgiska ingreppen blivit mer populära. Fysisk aktivitet på recept har utvärderats samhällsekonomiskt och det visar sig att interventionen kan leda till minskade kostnader för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar samt till en bättre livskvalitet.



Källa: Persson m fl (2005).

Bild 1: Extra årlig sjukvårdskostnad, definierad som skillnaden i genomsnittlig sjukvårdskostnad mellan överviktiga och normalviktiga respektive mellan feta och normalviktiga, Sverige år 2003



Källa: Borg m fl (2005).

Bild 2: Genomsnittligt antal dagar i slutenvård för feta respektive normalviktiga män och kvinnor av olika ålder i Malmö

K Neovius, 2008 - Disability pension, employment and obesity status: a systematic review

Sammanfattningsvis pekar studien på att BMI korrelerar starkt med sjukpension samtidigt som orsakssambandet inte är säkerställt – det kan bero på underliggande orsaker. Åtgärder/behandlingar var samhällsekonomiskt effektiva då de hade en positiv påverkan på produktiviteten för individer med svår/sjuklig fetma. Det behövs mer forskning för att säkerställa om detsamma även gäller för överviktiga.

NICE, J Picot et al, 2009, "The clinical effectiveness and costeffectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation"

Kirurgi förefaller vara en kliniskt effektiv och kostnadseffektiv intervention för måttligt till gravt överviktiga personer, jämfört med icke-kirurgiska ingrepp. Resultaten var inte entydiga men alla ekonomiska utvärderingar som inkluderades pekade på detta. På grund av metodologiska brister går det samtidigt inte att göra generaliseringar av den inkrementella kostnadseffektiviteten (ICER) av kirurgi för viktminskning jämfört med

icke-kirurgisk behandling Slutligen pekade studien på behovet av ytterligare forskning, bland annat att det borde utvecklas ett standardiserat sätt att beskriva viktiga (ev. långsiktiga) negativa resultat/komplikationer från kirurgi för att göra det möjligt att studera deras inverkan på patienters livskvalitet. En stor Svenskt prospektiv studie, Swedish Obese Subjects (SOS), fann att viktminskning fortfarande var tydlig efter 10 år efter kirurgi, medan patienter som genomgick konventionell behandling hade gått upp i vikt.

NICE, A. Avenell et al, 2004, "Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement"

Studien menar att behandling med läkemedel eller kirurgi sannolikt är kostnadseffektiva, särskilt om behandlingen ges till högriskindivider. För lågkaloridieter fanns inte tillräckligt med evidens för att uttala sig om nyttan på lång sikt. Att lägga till fysisk aktivitet eller beteendeförändring till kostbehandlingar ledde till högre viktnedgång under minst ett år. Kombinationen av kost med lågt fettintag och beteendeterapi visade på förbättrat blodtryck samt minskad risk för hjärt-kärlsjukdomar. Ekonomiska modeller (som sträcker sig längre än sex år) av behandling med kost och motion, för patienter med glykosintolerans, var förknippade med en hög initial kostnad men därefter ungefär samma som för läkemedel eller kirurgi. Kostnaderna beror mycket på hur modellen specificeras. Det fanns inte stöd för att individbehandling var bättre än gruppbehandling. Vidare påpekar studien att det behövs mer långsiktiga (och randomiserade) kliniska studier och forskning på motion, kost, beteendeförändring, samt förebyggande metoder.

Narbro., K. M. Neovius, 2008, "Ekonomisk utvärdering av fetmakirurgi – en litteraturstudie", Västra Götalandsregionen, KI Stockholm

Sex artiklar jämför följande fetmakirurgiska metoder; gastric bypass, gastric banding och vertical banded gastroplasty med ingen behandling eller icke-kirurgisk behandling. Samtliga studier beräknade kostnader per vunnet QALY. Kostnaderna inkluderade den initiala operationen och operationskomplikationer. Resultatet från en artikel visar att kirurgi är kostnadsbesparande samt ger upphov till ökat antal QALY jämfört med konventionell behandling, medan en annan artikel påvisar att vertical banded gastroplasty är mest kostnadsbesparande. Resterande artiklar redovisade att kirurgisk behandling ger upphov till ökat antal QALYs men också ökade kostnader jämfört med ingen eller icke-kirurgisk behandling. Slutsatsen är att kirurgisk behandling av fetma är ett kostnadseffektivt alternativ till icke kirurgisk behandling. Detta gäller framförallt för individer med typ 2 diabetes och ett BMI över 35 kg/m² men även vid BMI över 40 kg/m².

Lönroth., H m fl, 2008, "Mini –HTA Obesitaskirurgi", Västra Götalandsregionen

Mellan 10 till 15 procent av den svenska befolkningen har ett BMI på över 30 kg/m². Med hjälp av de kirurgiska metoderna vid obesitas reduceras vikten med i genomsnitt 25 procent upp till fem år efter operation. Efter tio år kvarstår en viktminskning om cirka 16-25 procent. Den totala dödligheten minskas med fetma-reducerande kirurgi hos patienter med BMI över 35-40 kg/m². Dessutom visar åtta studier att nyinsjuknande i diabetes minskas med obesitaskirurgi. Slutsatsen är att det finns stöd för att använda obesitaskirurgi. I första hand bör patienter som har hög risk väljas för operation det vill säga individer med diabetes eller svår fetma.

Neovius, M, K. Narbro, 2008, "Cost-effectiveness of pharmacological anti-obesity treatments: A systematic review"

I denna rapport undersöktes ekonomiska utvärderingar av olika läkemedelsbehandlingar för viktminskning. En litteratursökning genomfördes för både kostnadseffektivitets- (CEA) och "kostnad-nytt" analyser (CUA) för läkemedlen sibutramin, orlistat och rimonabant. Fjorton unika artiklar identifierades (11 CUAs och 3 CEAs). Nio handlade om orlistat, fyra om sibutramin och en om rimonabant. Samtliga hade diet och fysisk aktivitet som jämförelse. Ingen av studierna inkluderade indirekta kostnader. Tidsperioden varierade mellan enbart behandlingsperioden (1-4 år) upp till 80 år (median 7,5 år). Längre studier modellerade effekter på diabetes, komplikationer, hjärtsjukdom och död. Alla studier förutom tre finansierades av läkemedelsföretag, och

mediankostnaden för ett ICER var betydligt högre för oberoende än för sponsrade analyser (62 000 jämfört med 15 000/QALY). Resultaten var mest känsliga för antaganden om hållbarhet viktnedgång och nytta per minskat kilogram. Biverkningar och avhopp på grund av andra skäl än utebliven effekt hade i allmänhet inte tagits med. Slutsatsen som rapportförfattarna kom fram till är att alla läkemedel var kostnadseffektiva. Samtidigt finns en osäkerhet i studierna gällande bibehållen viktnedgång, nyttan av att gå ned i vikt samt att extrapolera korttidsdata för att undersöka långtidseffekter på hälsa.

2.2.2 Sammanfattning av enskilda studier

Persson och Ödegaard "Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma"

Enligt studien var kostnaden för slutenvård och öppenvård samt kostnaden för läkemedelsbehandling i öppenvården cirka 3,6 miljarder kronor 2003. De indirekta kostnaderna är 3,4 gånger större än de direkta kostnaderna (motsvarande 12,4 miljarder kronor år 2003). Författarna anser dock att siffrorna måste tolkas med stor försiktighet då kunskapen om sjukskrivning och sjukersättning hos personer med övervikt och fetma är bristfällig.

Borg, Persson, Ödegaard, Berglund mfl, 2005, "Obesity, survival, and Hospital Costs-Findings from a Screening Project in Sweden"

Borg m fl., estimerar i sin studie antal vård dagar på sjukhus för individer med fetma, överviktiga och normalviktiga över en 15 års period för olika åldrar. Datamaterialet är framtaget genom en undersökning där man har följt 33 196 medelåldersindivider boende i Malmöregionen under 15 år. Slutsatsen är att i genomsnitt hade de med ett BMI-värde motsvarande fetma klass 1, 25 procent högre hälsokostnader än motsvarande normalviktiga, medan de med fetma klass 2 och 3 hade 50 procent respektive 100 procent högre hälsokostnader.

Moreno et al, 2006, "Comparison of two low-calorie diets: A prospective study of effectiveness and safety"

Moreno med flera (2006) har jämfört kostnadseffektiviteten av två olika lågkaloridieter. En av behandlingarna pågick under 1 månad och innehöll 458 kcal/dag och den andra behandlingen pågick under 3 månader och innehöll 800 kcal/dag. Slutsatsen var att den sistnämnda var mer kostnadseffektiv. Behandlingen med 458 kcal/dag gjorde patienter kraftlösa vilket ledde till ett större produktionsbortfall (pga. sjukfrånvaro och förtidspension). Även de direkta kostnaderna för denna grupp var större i form av sjukhusvistelse.

Agren, G m fl, 2002, "Cost of in-patient care over 7 years among surgically and conventionally treated obese patients"

Denna studie gör en jämförelse av slutenvårdskonsumtion för feta patienter som genomgått kirurgisk eller konventionell behandling. 962 patienter (från Swedish Obese Subjects) ingick i studien. Efter sex år hade patienter som genomgått kirurgisk behandling gått ned ca 17 procent av sin vikt medan kontrollgruppen hade ökat något i vikt. Gällande slutenvårdskonsumtionen så var den, sammantaget under sex år, 23,4 dagar för de som hade opererats och 6,9 dagar för kontrollgruppen. Skillnaderna i slutenvårdskonsumtion förklarades av operationen i sig samt åkommor därav. Författarna menar dock att kostnaderna för obesitaskirurgi är begränsade, framförallt tack vare förbättringar gällande hjärt- och kärlsjukdomar och ökad hälsorelaterad livskvalitet.

Agren G m fl, 2002, "Long-term effects of weight loss on pharmaceutical costs in obese subjects – a report from the SOS intervention study"

Studien undersökte långsiktiga effekter av viktnedgång på läkemedelskonsumtion och kostnader. För att minska läkemedelskostnaderna för hjärt – och kärlsjukdomar samt diabetes krävdes en viktnedgång på över eller lika med 10 procent för patienter som initialt var under den behandlingen. Slutsatsen var att viktnedgång på lång sikt förknippades med minskade kostnader för medicin för diabetes och hjärt- och

kärlsjukdom. Effekterna visade sig vara större för patienter som från början åt medicin för dessa sjukdomar, medan en större viktminskning (≥ 15 procent) krävdes för att förhindra nya patienter att påbörja medicinering.

Narbro K m fl, 1999, "Sick leave and disability pension before and after treatment for obesity: a report from the Swedish Obese Subjects (SOS) study"

Studien baseras på data över 369 patienter som genomgått obesitaskirurgi samt en matchad kontrollgrupp på 371 personer, från Swedish Obese Subjects (SOS-studien). Personer (mellan 47 och 60 år) som genomgick kirurgisk behandling fick minskad sjukfrånvaro och sjukpension jämfört med kontrollgruppen.

Gripeteg L m fl, 2011, "Effects of bariatric surgery on disability pension in Swedish obese subjects"

Slutsatsen av denna studie var att kirurgisk behandling kan ha positiva effekter på sjukpensionen för män, medan det inte fanns några signifikanta skillnader mellan kvinnor som opererats och deras kontrollgrupp.

Narbro K m fl, 2002, "Pharmaceutical costs in obese individuals: comparison with a randomly selected population sample and long-term changes after conventional and surgical treatment: the SOS intervention study"

Patienter med fetma hade 75 procent högre kostnader för mediciner jämfört med referensgruppen. Efter behandling ökade användning, samt kostnader utav mediciner markant för personerna med fetma. Jämfört med de patienter som genomgått konventionell behandling hade patienter som genomgått kirurgisk behandling ungefär samma kostnader. Patienter som genomgått kirurgisk operation hade lägre kostnader för mediciner som rörde diabetes och hjärt- kärlsjukdomar medan kostnaderna för andra mediciner (blod- vitaminbrist, mag-tarmsjukdomar) var högre.

3. Intervjuer

Martin Noevius

Martin Noevius arbetar idag som docent på Karolinska Institutet. Martin har forskat på olika aspekter av fetma och fetmabehandlingar och har en särskild kunskap gällande hälsoekonomiska aspekter. Martin påpekade att kirurgi och läkemedel har i modellstudier visats vara kostnadseffektiva, men ännu finns inga långtidsstudier där verkliga (i motsats till modellerade/extrapolerade) kostnader och effekter har utvärderats. Det behövs även randomiserade studier på behandlingar som VLCD + Beteendeterapi och/eller beteendeterapi och kost/motion. Incitament till att utföra fler studier på läkemedel är små eftersom det enda subventionerade läkemedel som finns idag – Xenical, finns att köpa receptfritt.

Martin påpekade att beställaren behöver ställa högre krav på att vårdenheter som utför fetmabehandlingar även dokumenterar uppgifter som behövs för att kunna utvärdera: Patientkaraktäristika, behandlingsutfall och kostnader (för varje behandling). Det kan handla om t ex: Blodtryck, BMI, midjemått, ålder, kön, EQ5D etc. Särskilt gäller detta för de medicinska specialiteterna. Genom att börja dokumentera så att det går att utvärdera och jämföra både behandlingar och verksamheter.

Under 2011-2012 kommer Martin tillsammans med SOS-gruppen i Göteborg att genomföra en kostnadseffektivitetsanalys av fetmakirurgi baserad på svenska 20-årsdata från Swedish Obese Subjects. Den kommer även att länkas till socialstyrelsen samt försäkringskassan. Studien sponsras bland annat av Afa-försäkring. I övrigt är Martin med i ITrims (franchise kedja med inriktning på viktminskning genom kost- och motionsförändring) expertråd. De registrerar systematiskt viktminskningsresultat för att kunna utvärdera sin verksamhet, samt utför registerlänkningar för att undersöka bland annat säkerhetsutfall.

Signy Reynisdottir

Signy Reynisdottir är överläkare på Norrtulls Överviktscentrum och har tillsammans med andra skrivit Handlingsprogrammet för övervikt och fetma. Gällande hälsoekonomiska studier påpekade Signy att följsjukdomar och dess kostnader ofta inte ingår i studierna, t ex infertilitet eller sömnapné. Även samsjuklighet med psykiatrisk sjukdom som är vanligt.

Enligt Signy är det viktigt att inte ställa olika behandlingar mot varandra – det går inte att säga ”kirurgi eller inte kirurgi”. Snarare borde olika behandlingsmetoder ses som ”ett led i behandlingen” - de olika behandlingarna kompletterar varandra. Vårdgivarna behöver alltid tillämpa ett individanpassat behandlingsutbud.

Det är viktigt att förstå varför personer blev feta – vad hände på vägen?

Det tidiga omhändertagandet fungerar inte optimalt idag. Det skulle vara bättre att utveckla första linjen så att den utgör en mer kunskapsbaserad verksamhet. Patienter behöver fångas innan de utvecklat fetma – patienter som idag har ett BMI mellan ca 25-35.

Det finns även problem i att nya läkemedel (med lägre påverkan på vikten) inte rekommenderas för patienter på psykofarmaka.

4. Diskussion och slutsatser

Enligt den litteratur som presenterats i denna rapport utgör övervikt och fetma en stor kostnad för både individ och samhälle. Överviktiga och feta personer har en högre risk än normalviktiga att drabbas av olika följsjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärl sjukdomar, artros och vissa cancersjukdomar. Dessutom är risken att dö i förtid högre för feta personer.

Studier visar att patienter med BMI över 40 har en dubbelt så hög sjukvårdskostnad samt att patienter med BMI över 30 har 50 procent längre vårdtider och därmed högre vårdkostnader jämfört med normalviktiga patienter. Ytterligare studier visar att BMI korrelerar starkt med sjukpension vilket belyser den samhällsekonomiska kostnaden.

Idag finns en mängd olika interventioner och behandlingar som möjliggör besparingar i både kostnader och lidande. Frågan är, givet en individanpassning, vilka av dessa behandlingar är mest effektiva?

Litteraturen visar att kostnader för viktnedgång skiljer sig mellan olika behandlingar. Enligt SBU är viktnedgång genom kostrådgivning, beteendeterapi, VLCD, kostersättningspreparat med lågt energiinnehåll och kirurgisk behandling är kostnaden relativt låg medan den är långt högre vid läkemedelsbehandling (som dock kan vara kostnadseffektiva). Vidare visar majoriteten av studierna att kirurgisk behandling av fetma är ett kostnadseffektivt alternativ till icke-kirurgisk behandling, särskilt för patienter med högre BMI och med högre risk-/följsjukdomar.

Gällande förebyggande arbete ligger de mest effektiva åtgärderna utanför sjukvården samtidigt som sjukvården kan ha en stor påverkan på fetma och fetmarelaterade sjukdomar genom att fokusera på individer med hög risk. På basen av studier rörande vuxna kan det konstateras att det går att förebygga fetma med insatser för att förbättra kost och fysisk aktivitet. Avseende fysisk aktivitet på recept kan det leda till minskade kostnader för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar samt till en bättre livskvalitet. Fysisk aktivitet ger samtidigt endast en måttlig viktnedgång om den inte kombineras med andra typer av behandlingar, t ex kostbehandling.

Det är samtidigt svårt att dra generella slutsatser om skillnader i kostnadseffektivitet utifrån forskningen på grund av kunskapsluckor⁴ och brister i befintlig forskning:

- Övergripande saknas kostnadseffektivitetsanalyser på motion, kost, beteendeförändring, samt förebyggande metoder. En anledning till det kan vara att det är svårt att kontrollera för vad effekten beror på (orsak-verkan). (I litteraturgenomgången sammanfattas dock slutsatser från studier kring förebyggande insatser samt en som jämför kostnadseffektivitet av olika kostbehandlingar).
- Forskningen är antingen kortsiktig och/eller baseras på extrapolerad data och antaganden. Det vill säga, det saknas långsiktiga studier med klinisk/faktisk data
- Förutom i läkemedelsstudier saknas ofta en analys av patientbortfall/avhopp. Bortfall från de behandlingar som ingår förklaras med "utebliven effekt" av behandling
- Det saknas väsentlig information som påverkar kostnaderna – kostnaderna beror på hur modellen specificeras. Exempel på information som exkluderas i studier är:
 - Förändring i patienters livskvalitet (t ex EQ5D)
 - Komplikationer (såsom blodpropp, lungemboli, akut hjärtsjukdom, lunginflammation)

⁴ Angående de kunskapsluckor som finns idag är det en del forskning på gång inom ett antal områden i Stockholm. Bland annat planerar KI att göra en kostnadseffektivitetsanalys baserad på 20 års svensk data (SOS-studien) fetmakirurgi. Vidare planerar SBU att utvärdera kostbehandling av fetma.

- Följdsjukdomar/Komorbiditet (t ex sömnapné eller infertilitet, psykiatriska tillstånd)
- Sjukskrivningsgrad

En förklaring till svagheterna i studier enligt ovan är att det saknas relevant data att tillgå. Forskare har påpekat (t ex Forslund, Wettermark mfl, 2010) att det finns brister i dokumentationen (patienters startvikt och BMI) hos vårdgivare som behandlar patienter med övervikt och/eller fetma. Detta har även sakkunniga i denna kartläggning framhållit.

4.1 Förslag till åtgärder

Vi har i denna rapport identifierat ett antal kunskapsluckor. Förhoppningen är att följande förslag ska hjälpa till att fylla dessa.

Högre krav på systematisk registrering

- Med grund i denna rapport rekommenderas att beställaren ställer högre krav på systematiskt registrering. I första hand på de enheter som utför medicinsk eller kirurgisk behandling.
 - Information som ska registreras kan handla om: Patientkaraktäristiska (kön, ålder, boendeort etc.), Diagnos, Medelvärde av kroppsvikt, BMI, %-excess-BMI-loss (EBMIL)⁵, Labdata, livskvalitet (SF 36, EQ5D eller liknande), Komorbiditet
 - I samverkan med vårdgivare, forskare, kvalitetsregisterhållare samt beställare ta fram förslag på information som ska/borde registreras för olika behandlingar och vårdgivare.

Använda dokumentationen/data mer systematiskt

- På längre sikt borde beställaren använda uppgifter enligt ovan för en mer kunskapsbaserad styrning där beställningar prioriteras utifrån behandlingarnas kostnadseffektivitet. Ett första steg kan vara att sammanställa och jämföra information i uppföljningen.
- Fler aktörer borde använda kvalitetsregistret (SOReg) i ökad utsträckning: registret har en relativt god täckningsgrad vilket är positivt då det skapar förutsättningar för forskning och utveckling.
- Gällande medicinsk behandling, där det inte finns ett gemensamt kvalitetsregister, är det viktigt med samordning: att alla vårdgivare systematiskt registrerar ett batteri med samma uppgifter som görs tillgängligt för att kunna forska och utveckla vården.

⁵ %EBMIL utgörs av en procent av den ursprungliga övervikten, uttryckt som antalet BMI enheter över 25, som försvunnit. En patient som har 100%EBMIL har minskat i BMI till 25 (normalvikt). En patient som minskat i BMI från 45 till 35, dvs hälften av BMI-värdet över 25 har följaktligen en 50 %EBMIL och en person på BMI 50 som minskat till BMI 30 har en 80 %EBMIL.

5. Definitioner

BMI är det vanliga måttet som används för att definiera i vilken viktklass individen hör. Detta mått ges av individens kroppsvikt i kg dividerat med individens kroppslängd i meter i kvadrat (m/kg^2). Enligt WHO:s standardmått definieras personer med ett BMI mellan 25 och 29.9 som överviktiga, mellan 30 och 34,9 med fetma klass 1 medan individer med ett BMI som motsvarar eller överstiger 35 definieras med fetma klass 2 eller 3.

HTA –studier

HTA står för Health Technology Assessment – en systematisk granskning av den vetenskapliga dokumentationen för en metod eller teknologi inom hälso- och sjukvården. Ett HTA-projekt värderar en viss teknik eller metod avseende: effekten i form av patientnytta och risker, etiska aspekter, organisatoriska aspekter, kostnader.

QALY

QALY är ett hälsomått som kombinerar effekter av livskvalitet och livslängd, det vill säga att måttet kombinerar kvalitativa och kvantitativa vinster (Drummond m fl., 1997). QALY beräknas enligt följande:

$$Y * w * QALY$$

där w = QALY vikt för ett specifikt hälsotillstånd och Y = antal år som spenderas i det hälsotillståndet.

EQ-5D

EQ-5D är ett generellt, ej sjukdomsspecifikt, mätinstrument för att mäta självskattad hälsorelaterad livskvalitet. EQ-5D utgår från individens egen beskrivning och värdering av sin egen hälsa. Individens svar på frågorna bildar en hälsoprofil som representerar dennes hälsostatus.

Randomiserad kontrollerad studie (RCT)

En randomiserad kontrollerad studie (RCT) är en typ av vetenskapligt experiment - en form av klinisk prövning. Metoden används för att få information om biverkningar, effekter och/eller effektivitet av olika behandlingar (både medicinska och kirurgiska). Innan behandling (intervention) börjar fördelas patienterna slumpvis (randomisering) för att ta emot den ena eller andra av de alternativa behandlingarna. Efter randomiseringen följs de olika grupperna upp på exakt samma sätt, det enda som skiljer är den behandling/vård de får.

ICER (Inkrementella kostnadseffektkvoter)

ICER definieras som kvoten av skillnaden i kostnader och skillnader i effekt mellan två jämförande interventioner

6. Källor

- Borg m fl, 2005, "Obesity, survival, and Hospital Costs- Findings from a Screening Project in Sweden"
- Forslund, Wettermark mfl, 2010, "Bantningsläkemedel tycks inte göra någon nytta", Läkartidningen nr 13-14 vol 107
- Gripeteg L m fl, 2011, "Effects of bariatric surgery on disability pension in Swedish obese subjects", Int
- Johannesson, M, 1994, "The concept of cost in the economic evaluation of health care, a theoretical inquiry", Int J Technol Assess Health Care, 10(4):675-82
- Lönroth., H m fl, 2008, "Mini –HTA Obesitaskirurgi", Västra Götalandsregionen
- Moreno m fl, 2006, "Comparison of two low-calorie diets: A prospective study of effectiveness and safety"
- Narbro., K, M. Neovius, 2008, "Ekonomisk utvärdering av fetmakirurgi – en litteraturstudie", Västra Götalandsregionen, KI Stockholm
- Narbro K m fl, 2002, "Pharmaceutical costs in obese individuals: comparison with a randomly selected population sample and long-term changes after conventional and surgical treatment: the SOS intervention study."; Swedish Obese Subjects Intervention Study, Arch Intern Med
- Narbro K m fl, 1999, "Sick leave and disability pension before and after treatment for obesity: a report from the Swedish Obese Subjects (SOS) study.", Int J Obes Relat Metab Disord
- NICE, A. Avenell m fl, 2004, "Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement"
- NICE, J Picot m fl, 2009, "The clinical effectiveness and costeffectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation"
- Novius, K, 2008, "Disability pension, employment and obesity status: a systematic review"
- Neovius, M, K. Narbro, 2008, "Cost-effectiveness of pharmacological anti-obesity treatments: A systematic review"
- Persson, Ödegaard, 2010, "Fetma ett ekonomiskt samhällsproblem- kostnader och möjliga åtgärder för Sverige" Ekonomisk Debatt nr 1 2010
- Persson och Ödegaard "Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma" IHE e- rapport 2005:3
- Picot J m fl, 2009, "The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation", Health Technol Assess 2009;13(41).
- Sassi, F. m fl, 2009, "Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies", OECD Health Working Papers, No. 48
- SBU, 2002, "Fetma – Problem och åtgärder, En systematisk litteraturöversikt"
- Lönroth., H m fl, 2008, "Mini –HTA Obesitaskirurgi", Västra Götalandsregionen
- SBU, 2004, "Förebyggande åtgärder mot fetma, En systematisk litteraturöversikt", Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 173, ISBN 91-85413-01-1
- SLL, 2010, "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013"
- Agren, G m fl, 2002, "Cost of in-patient care over 7 years among surgically and conventionally treated obese patients", Obes Res. 2002 Dec;10(12):1276-83. PMID: 12490672
- Agren G m fl, 2002, "Long-term effects of weight loss on pharmaceutical costs in obese subjects. A report from the SOS intervention study.", Int J Obes Relat Metab Disord. 2002 Feb;26(2):184-92.