

Retningslinjer for visitation og henvisning på fedmeområdet – udsendes til relevante parter

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner har konstateret en markant stigning i antallet af fedmeoperationer inden for de sidste år. En opgørelse fra 2009 viser, at Danmark – målt i 2008-tal – kun bliver overgået af USA i andel opererede patienter i forhold til befolkningens størrelse.

Regeringen og Danske Regioner besluttede i økonomiaftalen for 2011, at der inden for den prioriterede økonomiske ramme skal ske en skarpere styring og prioritering, herunder på fedme- og rygområdet. Det blev derfor aftalt:

”Offentlig finansieret behandling i sundhedsvæsenet baserer sig på et fagligt funderet visitationsgrundlag. Der er enighed om, at visitationen til behandling skal ske på baggrund af klare faglige retningslinjer og forundersøgelser for at imødegå utilsigtet skred i indikationer for behandling mv. Der er på den baggrund enighed om, at indenrigs- og sundhedsministeren igangsætter et arbejde med deltagelse af Danske Regioner med henblik på at gennemgå de klinisk faglige visitationskrav ved offentlig finansieret sundhedsbehandling. Målet er at gennemgå og revidere de klinisk faglige retningslinjer og visitationsgrundlaget for væsentlige sygdomsområder”.

Der er for tiden ikke et overblik over langtidsvirkningerne af fedmeoperationerne, herunder gastrisk bypass, der er den langt hyppigste anvendte procedure i Danmark. Der er opmærksomhed på, at der viser sig at følge kirurgiske og ernæringsmæssige komplikationer efter gastrisk bypass, både på kort og lang sigt. Det giver sig blandt andet udslag i en komplikationsrate på 10 pct. for gastrisk bypass.

Det vurderes, at et grundigt individuelt medicinsk behandlingsprogram¹ på 3 måneder, jf. nedenstående, kan være med til at forbedre mulighederne for succes med ændring af livsstil. Behandlingsprogrammet er et alternativ til operation.

Ud over en ikke ubetydelig reoperationsrate er frekvensen af langtidsbivirkninger efter operation ikke endelig kendt. F.eks. opleves et stigende antal patienter, der har alvorlige problemer med blodsukkerregulationen efter gastrisk bypass. Dertil kommer, at omfanget af malabsorption endnu ikke kan siges at være endeligt beskrevet, ligesom undersøgelse peger på, at type-2 diabetes kommer tilbage hos 20-40 pct. af patienter efter 5-16 års opfølgning på gastrisk bypass. Det vurderes derfor, at der er behov for et ophold i operationer, hvad angår patienter, som ikke har komplicerende lidelse til deres overvægt, se dog undtagelse i henvisningsretningslinjer for fedmekirurgi.

Dertil kommer, at den kommunale sektor gennem de senere år via f.eks. sundhedscentre/-huse har eller vil udvikle kompetencer til forebyggelse af overvægt og fastholdelse af vægttab. Det betyder, at flere patienter vil kunne få gavn af et ændret henvisningsmønster, således at man først systematisk afprøver det kommunale tilbud, hvor det er muligt.

Det vurderes derfor, at der aktuelt er behov for at ændre visitationen på området, både hvad angår de faglige retningslinjer for visitation og henvisningspraksis. Det indebærer, at flere parter berøres, herunder kommunerne, regionerne, offentlige sygehuse, alment praktiserende læger og privathospitaller.

Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsens "Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark" fra 2008 er under revision. Nærværende skrivelse erstatter fællesprotokollen på områderne:

- Visitation, herunder henvisningsretningslinjer for kirurgisk behandling
- Henvisning til det medicinske behandlingsprogram, herunder udvælgelse og udredning af patienter.

¹ Behandlingsprogram erstatter begrebet forundersøgelse, der anvendes i Sundhedsstyrelsens "Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark" fra 2008. Behandlingsprogrammet indebærer et øget fokus på andre behandlingsmuligheder end operation, men forandrer ellers ikke de forløb, der allerede finder sted på de medicinske afdelinger forud for vurdering af patienten til evt. fedmeoperation, jf. fællesprotokollen om blandt andet påkrævet vægttab på 8 pct. forud for operation.

Regeringen og Danske Regioner er på baggrund af faglige drøftelser enige om at opstille følgende retningslinjer for visitation og henvisning til fedmebehandling.

Side 3

Visitation

Henvisningsretningslinjer for fedmekirurgi:

- BMI > 35 og samtidig forekomst af mindst én følgende sværere fedmerelaterede sygdomme:
 - Type 2 diabetes
 - Svær regulerbar hypertension, som har været udredt hos speciallæge i kardiologi med henblik på udtømte behandlingsmuligheder
 - Dokumenteret søvnapnø
 - Polycystisk ovariesyndrom efter udredning hos speciallæge i gynækologi eller speciallæge i endokrinologi
 - Dokumenteret arthrose i underekstremiteterne skal være udredt af ortopædkirurgisk speciallæge med henblik på udtømte behandlingsmuligheder.
- Ved ekstrem overvægt med BMI > 50 uden følgesygdomme kan der i særlige tilfælde og ved konkret vurdering indstilles til operation. BMI > 50 som eneste indikation er i sig selv et utilstrækkeligt grundlag for operation.
- Patienterne har ikke kontraindikationer mod operation*.
- Aldersgrænser:
 - Nedre grænse sættes indtil videre til 25 år. At der sættes en højere aldersgrænse end den hidtidige på 18 år skyldes, at livsstilsforandringerne efter operationen er permanente, f.eks. at man ikke kan drikke i forbindelse med måltider resten af livet efter gastrisk by-pass. Derudover er en forhøjelse af nedre aldersgrænse en konsekvens af, at man ikke har indgående kendskab til komplikationerne på langt sigt, og således risikerer unge at skulle leve med evt. komplikationer i længere tid.
 - Der er ingen øvre grænse, men ved vurdering af patienter over 60 år bør der udvises meget stor forsigtighed på grund af påvist øget operative komplikationer. Derudover er langtidseffekten medicinsk set (mhp. bedring i mortalitet og comorbiditet) meget tvivlsom.

Det er ligeledes en forudsætning for evt. fedmeoperation, at

- patienten skal kunne forstå indgrebets karakter, herunder komplikationer på både kort og langt sigt, og patienterne skal vurderes at være i stand til at følge de givne anvisninger vedrørende livsstilsændringerne og kontrollerne efter operation – livslangt.
- varigt vægttab har ikke kunnet opnås ved konventionel, ikke-kirurgisk behandling
- før der evt. kan indstilles til operation, skal patienterne ud over at opfylde ovenstående kriterier for operation have gennemgået et længerevarende behandlingsprogram, jf. beskrivelse nedenfor.

* Kontraindikationerne for operation er følgende:

- psykisk sygdom
- misbrug af alkohol, narkotika eller andre medikamina så som benzodiazepiner
- spiseforstyrrelser
- udviklingshæmning

Udredning hos praktiserende læge:

Såfremt patientens praktiserende læge vurderer, at patienten opfylder kriterierne som anført ovenfor under henvisningsretningslinjer for fedmekirurgi kan lægen henvise patienten til et grundigt individuelt medicinsk behandlingsprogram i sygehusvæsenet. Det er forud for henvisning vigtig, at lægen sikrer, at patienten er stærkt motiveret for behandling.

Forud for eventuel henvisning til et individuelt medicinsk behandlingsprogram forudsættes det, at patienten er informeret om non-farmakologiske behandlingsmuligheder, og at patienten over et længere forløb har forsøgt seriøs superviseret konventionel vægttabsbehandling, som er dokumenteret i patientens journal. Rådgivning og behandling kan f.eks. være givet hos egen praktiserende læge, eller i kommuner – hvor det er muligt – med kostvejledning hos diætister og motionsanvisning hos fysioterapeuter eller andre faggrupper, der har denne kompetence.

Temaer, der kan være relevante at tage op forud for henvisning til medicinsk behandlingsprogram, er anført i Sundhedsstyrelsens ”Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark” fra 2008.

Indhold i henvisning til behandlingsforløb på medicinsk afdeling:

Objektivt

- Vægt/Højde/BMI
- Hvilke medicinske komplikationer er den svære overvægt forbundet med?
- Hvordan er disse komplikationer dokumenteret – røntgen, special-læge etc.?

Psykisk

- Spiseforstyrrelse, bulimiske træk, aften- og natspisning
- Psykisk sygdom
- Angivelse af eventuelle (relative) kontraindikationer
- Aktuell medicinsk behandling
- Antal år med overvægt/fedme
- Antal forsøg på vægttab – længde, varighed samt maks. vægt
- Misbrug (tobak, alkohol, narkotika)

Socialt

- Overvægtige familiemedlemmer/dispositioner
- Socialt – arbejde, familie, ressourcer
- Givet information om operation og eventuelle bivirkninger

Eventuelle andre overvejelser fra egen læges side.

Det medicinske behandlingsprogram på hospitalet:

Henvisning modtages fra praktiserende læge eller anden læge, og efter primær visitering indkaldes patienten til et ambulante forløb på den medicinske afdeling eller i regi af den medicinske afdeling. Dette forløb planlægges til at vare ca. 3 måneder. Det medicinske behandlingsprogram øger fokus på andre behandlingsmuligheder end operation, men ændrer ellers ikke på de forløb på de medicinske afdelinger, der følger af ”Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark” fra 2008 forud for vurdering af patienten til evt. fedmeoperation. Forløbet skal anvendes til

1. grundigt at instruere patienterne om evt. fedmekirurgi – fordele og ulemper på både kort og lang sigt, inklusivt evt. kosmetiske problemer efter operationen,
2. at vurdere patientens compliance mhp. at følge de nødvendige kontroller og efterkontroller (livslangt),
3. at vurdere, sammen med patienten, alternative behandlinger og livsstil i øvrigt, inklusivt fysisk aktivitet,

4. at forholde sig til og eventuelt behandle eller optimere behandling af medicinske/kirurgiske lidelser eller psykiske problemer samt misbrugsproblemer (rygning, alkohol, narkotika),
5. at overveje og vurdere patientens behov for kirurgi. Først hvis patienten opfylder ovenstående kriterier for operation og har opnået det aftalte vægttab på 8 pct., kan der evt. henvises til operation.

Dette forløb vil indebære ca. 4 møder/kontroller over de ca. 3 mdr., blandt andet for at konstatere opnået vægttab. Al udredning, herunder medicinsk udredning, evt. rådgivning hos diætist og forundersøgelse forud for evt. operation, skal ske individuelt, mens generel information om motion, kost, komplikationer, symptomer mv. efter operation kan gennemføres i grupper (10-12 personer).

Henviſning til det medicinske behandlingsprogram med henblik på behandling for fedme, herunder fedmekirurgi

Alment praktiserende læger, speciallæger m.v. kan henvise patienter til det medicinske behandlingsprogram på medicinsk endokrinologisk afdeling på et offentligt sygehus med henblik på behandling for fedme. Det gælder også patienter, der forventes at skulle tilbydes fedmekirurgi.

Forud herfor skal patienten være fulgt efter ovenstående retningslinjer, f.eks. af praktiserende læge. Henviſning af en patient til det medicinske behandlingsprogram på en medicinsk endokrinologisk afdeling med henblik på behandling for fedme, herunder fedmekirurgi, skal indeholde grundige beskrivelser af, hvordan retningslinjerne er imødekommet, og beskrivelserne skal tydeligt fremgå af patientens journal.

Regionerne

Regionerne vil bestræbe sig på, at patienterne kommer i gang med det medicinske behandlingsprogram inden for én måned på et offentligt sygehus efter henviſningens modtagelse. Således bør alle patienter inden én måned have igangsat et grundigt individuelt medicinsk behandlingsprogram af 3 måneders varighed inden evt. fedmekirurgi. I modsat fald vil patienterne have ret til udvidet frit sygehusvalg til private sygehuse og klinikker, der måtte have aftale med Danske Regioner om et behandlingsprogram som beskrevet ovenfor.

Såfremt en patient efter det medicinske behandlingsforløb opfylder kriterierne for fedmekirurgi, tilbydes henviſning hertil. I forbindelse med en sådan henviſning gælder det udvidede frie sygehusvalg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner er enige om at følge udviklingen for fedmebehandlingen.

Proces omkring udarbejdelse af retningslinjer

Der har i forbindelse med udarbejdelsen af disse retningslinjer været nedsat en arbejdsgruppe med vicedirektør Torben Mogensen, Hvidovre Hospital, som formand. I arbejdet med retningslinjerne har Danske Regioner desuden inddraget kliniske fagpersoner med forskellig baggrund.