

# Sykelig overvekt

## Fagspesifikk innledning pr 28.10.2008

Overvekt og fedme øker raskt i den norske befolkningen. Fedme øker risiko for en lang rekke sykdommer (noen av disse er: type 2-diabetes, obstruktiv søvnapnoe, metabolsk syndrom, polycystisk ovarialsyndrom (PCOS), artrose, hjerte-karsykdom, hypertoni og økt kreftrisiko) foruten tidlig død. I tillegg til de alvorlige helsemessige konsekvensene, påløper store samfunnsøkonomiske kostnader. Overvekt og fedme i befolkningen skyldes sannsynligvis en kombinasjon av miljø-, arv - og biologiske faktorer. Nest etter røyking er fedme og fedmerelaterte sykdommer i dag den viktigste årsak til tidlig død. Sykkelig fedme er en alvorlig kronisk sykdom som også kan føre til ulike psykiske tilleggslidelser.

Sykkelig overvekt er en tilstand som kjennetegnes av høy kompleksitet. Pasientgruppen er svært sammensatt og mange vil kunne ha behov for tiltak innen psykisk helsevern i tillegg til somatiske helsetjenester for å redusere vekt og følgesykdommer. Dette krever en tverrfaglig organisering i spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglig utredning og behandling i samarbeid med pasienten og primærhelsetjenesten er viktige tiltak for å bidra til optimale og effektive behandlingsforløp. Dette er i detalj beskrevet i "Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten [http://www.helsemidt.no/templates/StandardMaster\\_\\_\\_77897.aspx](http://www.helsemidt.no/templates/StandardMaster___77897.aspx)". Den store utfordringen er fortsatt å styrke dem som har vektrelaterte helseproblemer til å utnytte sine muligheter til å etablere helsefremmende livsstrategier. Betydelig forskningsinnsats er også nødvendig for å styrke kunnskapsgrunnlaget innen dette feltet.

Oppbygning av tiltak i kommunene ansees å være nødvendig for å forebygge overvekt og for å sikre god utnyttelse av behandlingen ytt i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må samarbeide med kommunene for å bidra til at behandlingstiltak på begge nivå støtter opp under pasientens helsefremmende atferd. Kompetanseutveksling er et viktig tiltak i dette.

Både forebygging og behandling av sykkelig overvekt er basert på endring av livsstil. Verktøyet for å oppnå dette kan være endring av kosthold, fysisk aktivitet, atferdsterapi, medikamenter eller fedmekirurgi. Intensiv livsstilsbehandling kan gjennomføres i form av individuelle eller gruppebaserte programmer. Dette kan foregå både poliklinisk, i form av dagopphold eller døgnopphold i rehabiliterings-/opptreningssenter. Det er i dag begrenset med studier av behandling av sykkelig overvekt i dag- og døgninstitusjoner (rehabilitering). Behandlingen må derfor ansees som utprøvende. Det er derfor viktig å fortsette arbeidet med å prøve ut ulike tiltak og modeller for livsstilsendring både i tilknytning til poliklinikker, dagbehandling og/eller langtidsopphold på institusjon. Dette er spesielt verdifullt med tanke på overføring av kunnskap og tilpasning av tiltak i kommuner.

Spiseforstyrrelser finnes hos 20 - 50 % av personer som søker spesialisert overvektsbehandling. De fleste tvangsspisere som behandles med vanlige kost- og atferdsopplegg, opplever bedre kontroll med spising under behandlingen. Personer

med andre og mer alvorlige spiseforstyrrelser må få tilgang til egnet psykologisk behandling.

På rett indikasjon kan et godt planlagt og teknisk vellykket kirurgisk inngrep med god oppfølging gi en forutsigbar og langvarig vektreduksjon (20-50%), bedre livskvalitet og bedring av vektrelaterte følgesykdommer. Denne behandlingsstrategien egner seg ikke for pasienter med alvorlig mental lidelse, kognitiv dysfunksjon og misbruksproblematikk. Det kreves også at pasienten er villig til å gjennomføre livsstilsendringer som er nødvendige for å redusere risikoen for komplikasjoner. Pasienter med sykkelig overvekt kan få tilbud om kirurgisk behandling når dette er faglig begrunnet. Sykelig overvekt i seg selv gir ikke rett på kirurgisk behandling. Det blir viktig at tilbud om kirurgisk behandling bygges ut slik at pasientene kan få denne behandling der det er medisinsk indisert.

**For barn og ungdom** er helseskaden ved fedme først og fremst knyttet til den sterke tendensen til å dra med seg fedme inn i voksenlivet – og da med de ovenfor beskrevne helseplager. I tillegg er fedme i oppveksten assosiert med lav utdanning og redusert livskvalitet, og kan således være av avgjørende betydning for livsløpet.

Livsstilsbehandling i form av økt fysisk aktivitet og kostendring er fundamentet i fedmebehandlingen hos barn og unge. Det er vist at grunnlaget som legges for fysisk aktivitet i barnealder vedvarer inn i voksenlivet. Om livsstilsendring ved fedmebehandling i barnealder har samme effekt vites ennå ikke, men muligheten er til stede for svært langvarig effekt av behandlingstiltak.

Spesialisthelsetjenestens oppgave vil være en tverrfaglig utredning av pasientene. Denne bør munne ut i konkrete forslag til tiltak tilpasset den enkelte pasient og dens familie mens selve tiltakene bør foregå i regi av primærhelsetjenesten. Pasienter med tilleggsykdommer bør få behandling for disse i spesialisthelsetjenesten, og kirurgisk behandling er sannsynligvis aktuell behandling for noen utvalgte ungdommer. Både barneavdelingene og primærhelsetjenesten trenger en oppgradering for å kunne gi pasientgruppen tilfredsstillende behandling, og kunnskapsoverføring og dialog mellom behandlingstilinjene vil være avgjørende for å lykkes.

### **Behandlingsgaranti.**

Behandlingsforløpet av pasienter med sykkelig overvekt starter med utredning i tverrfaglig poliklinikk og dermed er pasientens juridiske rett til utredning og behandling innfridd. Det vil derfor være viktig og nødvendig at det settes minstekrav til hva en slik utredning skal bestå av. Det må også sikres at pasienten får det behandlingsforløpet som behandlingsteamet kommer fram til. Det må ikke bli slik at pasienten ikke får gjennomført behandlingsskjeden som tenkt under henvisning til at pasienten ikke lenger har noen juridisk rett til behandling. Det er viktig at denne pasientgruppen som i dag belaster spesialisthelsetjenesten på grunn av komplikasjoner til grunnsykdommen tidlig får adekvat behandling. Dette vil nok være bra både for budsjetter og den enkelte pasient.

### **Kunnskapsgrunnlaget**

Kunnskapsgrunnlaget bygger på den samme forskningsbaserte kunnskap som arbeidsgruppen i "Utredning og behandling av sykkelig overvekt i

spesialisthelsetjenesten" la vekt på ([http://www.helsemidt.no/templates/StandardMaster\\_\\_\\_\\_77897.aspx](http://www.helsemidt.no/templates/StandardMaster____77897.aspx)). Arbeidsgruppen som utarbeidet rapporten fant flere relevante norske og internasjonale veiledere, retningslinjer og systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer.

- The Cochrane Library: [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no)
- Clinical Evidence: [www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)
- Endocrine Reviews: <http://edrv.endojournals.org>
- "Obesity – guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, Nice clinical guideline 43: <http://www.nice.org.uk/cg43>
- The Evidence Report "Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in Adults": [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/)
- "Forebygging og behandling av overvekt/fedme I helsetjenesten" Sosial- og helsedirektoratet IS-1150: [www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/forebygging\\_og\\_behandling\\_av\\_overvekt\\_fedme\\_i\\_helsetjenesten\\_2554](http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/forebygging_og_behandling_av_overvekt_fedme_i_helsetjenesten_2554)

Både den norske rapporten "Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten" og de internasjonale retningslinjene er basert på omfattende kunnskapsoppsummeringer. Arbeidsgruppen har basert sitt arbeid på disse og har ikke gjennomført egne systematiske søk.

I rapporten "Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten" har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en omfattende oppsummering av forskningsbasert kunnskap fra systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer. Arbeidsgruppen har lagt vekt på vurderinger og konklusjoner som er gjort i denne rapporten.

Helsemyndighetene i Storbritannia utga i desember 2006 retningslinjene "Obesity, guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children". Retningslinjene er utarbeidet av National Institute for Clinical Excellence (NICE). Disse inneholder også anbefalinger om organiseringen av behandlingsopplegg og helsepersonells kompetansebehov. Et bredt sammensatt amerikansk ekspertpanel har i regi av National Institutes of Health utarbeidet "Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults". Det er anbefalinger basert på et omfattende arbeid med systematisk gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner. Rapporten ble utgitt i 1998.

NICE har i 2001 utarbeidet en systematisk oversikt for å vurdere den kliniske og kostnadseffektive nytten av kirurgisk behandling ved sykkelig overvekt, "Clinical and cost effectiveness of surgery for people with morbid obesity"

## **Om hva slags tilstandsgruppe henvisningen faller inn under**

Sykkelig overvekt:

**Definisjon voksne (16 (18) år og oppover):** BMI  $\geq$  40 med vesentlig redusert helserelatert livskvalitet eller BMI  $\geq$  35 + komplikasjoner

**Definisjon barn (0-16 (18) år):** IsoBMI  $\geq$  35 eller IsoBMI  $\geq$  30 + komplikasjoner som:

- 1) Mistanke om medisinsk årsak til fedme (kortvokst, dyskrine trekk, forsinket psykomotorisk utvikling, synsforstyrrelse og hodepine).
- 2) Redusert glukosetoleranse, hyperinsulinisme, hypertensjon, dyslipidemi, søvnapnoe, svært rask vektøkning, alvorlig bekymring for vektoppgang
- 3) Alvorlig overspising
- 4) BMI  $\geq$  IsoBMI 25 med komplikasjoner - hos ikke-caucasere).

### **Vurdere om ett eller flere av ”individuelle forhold” er til stede**

For voksne vil tilleggssykdommer og grad av BMI vil kunne føre til økt prioritet. BMI  $>$  50. Type 2 diabetes, obstruktiv søvnapnoe, manifest hjertekarsykdom, spiseforstyrrelse. Ung alder.

For barn vil også tilleggssykdommer og høy BMI føre til økt prioritering. Det må da særlig legges vekt på mistanke om til grunnliggende sykdom som årsak til overvekt, spiseforstyrrelse, depresjon, vansker med dagligdagse gjøremål, isoleringstendens med skolefravær og manglende utdanning som konsekvens samt mobbing.

### **Andre fagspesifikke forhold av betydning for vurderingene og konklusjonene**

Veiledende aldersgrense for bariatrisk kirurgi (fedmereduserende kirurgi) er 18 – 60 år, med individuell vurdering over og under denne alder. Det er her viktig å være klar over at bariatrisk kirurgi vil redusere lengdeveksten på pasienten.

For medisinsk behandling foreligger det ikke noen klar øvre aldersgrense. Eldre pasienter vil som andre ha nytte av god en fysikk og riktig ernæring. Deres plass i utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten for sykkelig overvekt er mere usikker. Det finnes få vitenskapelige undersøkelser med tanke på nytten av vektreduksjon hos eldre. Det er derfor viktig å framskaffe ytterligere kunnskap om denne pasientgruppen.