



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Visitation til kirurgisk behandling af svær fedme

FAGLIG VISITATIONSRETNINGSLINJE

2017

# Indhold

1. Introduktion.....	3
1.1 Formål .....	3
1.2 Baggrund .....	3
2. Retningslinjens gyldighed.....	4
3. Visitationsgrundlag .....	4
3.1 Kriterier for visitation til fedmekirurgi .....	5
3.1.1 Vedr. alder .....	6
3.1.2 Øvrige forudsætninger .....	6
3.1.3 Kontraindikationer .....	6
4. Udredning, henvisning og behandlingsforløb .....	7
4.1 Udredning hos praktiserende læge .....	7
4.2 Indhold i henvisning til sygehusbaseret behandlingsforløb .....	7
4.3 Det medicinsk/kirurgiske behandlingsprogram.....	8
4.3.1 Multidisciplinære team .....	8
4.3.2 Behandlingsforløb.....	8
4.3.3 Fedmekirurgisk funktion .....	9
5. Monitorering .....	9

# 1. Introduktion

## 1.1 Formål

Faglige visitationsretningslinjer skal forstås som fagligt begrundede retningslinjer for henvisning til de eksisterende behandlingsmuligheder for en given sygdom.

Denne visitationsretningslinje er rettet mod sundhedsprofessionelle, der er involveret i henvisning, udredning og behandling af voksne med svær fedme med henblik på fedmekirurgisk indgreb.

Visitationsretningslinjen sætter rammerne for hvornår en person kan henvises til fedmekirurgisk vurdering i offentligt regi samt hvilke forhold der skal tages i betragtning forud for tilbud om fedmekirurgisk indgreb.

Visitationsretningslinjen beskæftiger sig således ikke primært med indholdet af de ydelser, der varetages af forskellige instanser.

## 1.2 Baggrund

Tal fra den Nationale Sundhedsprofil 2013 viser, at ca. 41.000 danskere i alderen 16 år eller derover har et BMI mellem 40 og 50 kg/m<sup>2</sup> og at ca. 7.000 danskere har et BMI over 50 kg/m<sup>2</sup>.

Fedme er associeret med sygdomme som type 2 diabetes, hjerte-kar problemer, søvnapnø, artrose i knæ og hofter, samt med reduceret middellevetid.

Kirurgisk behandling er aldrig førstevalg ved svær fedme. Livsstilsændringer i form af kostomlægning, diæt, træning, motion m.v. skal altid forsøges. Medicinsk behandling kan anvendes som et supplement til livsstilintervention for at opnå et yderligere vægttab, men effekten er beskedent og ophører, når medicin ikke længere tages.

Fedmekirurgi er en veldokumenteret behandlingsmetode af svær fedme, ofte med stort og blivende vægttab, ligesom fedmekirurgi kan reducere flere følgesygdomme til svær fedme og forbedre livskvaliteten. De positive virkninger af fedmekirurgi er forbundet med de relativt store og blivende vægttab, der opnås ved denne behandlingsform. Det gennemsnitlige vægttab efter gastrisk bypass er omkring en 20-40 % reduktion af udgangsvægten, hvilket svarer til et absolut vægttab på omkring 25-50 kg. Herudover er der vist signifikant bedring i livskvalitet efter fedmekirurgi. Fedmekirurgi kan være forbundet med både kirurgiske komplikationer såsom akutte og kroniske mavesmerter, og intern herniering i årene efter fedmekirurgien. Der kan også være langsigtede medicinske komplikationer som anæmi, dumping, hypoglykæmi, risiko for udvikling af osteoporose og vitamin B12-mangel.

De potentielt sundhedsfremmende effekter af fedmekirurgi skal ses i sammenhæng med de potentielle komplikationer ved behandlingen. Et tilbud om fedmekirurgi skal således gives på baggrund af en samlet vurdering af indgrebets potentielt gavnlige og skadelige virkninger sammenholdt med individuelle forhold, der kan have indflydelse på effekten af indgrebet hos den enkelte. Afvejning af gavnlige og skadelige virkninger ved fedmekirurgi kan ikke alene ses i lyset af selve den kirurgiske intervention; men også skadevirkninger forårsaget af ubehandlet fedme skal indgå i den samlede vurdering.

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2017 *National klinisk retningslinje for fedmekirurgi*, som på baggrund af foreliggende evidens bl.a. har vurderet BMI-kriteriet og alderskriteriet for henvisning

til fedmekirurgi. Den nationale kliniske retningslinje indeholder faglige anbefalinger og afklarer ikke forhold som visitation, kapacitet og organisering af indsatser, ligesom anbefalingerne ikke er juridisk bindende. I den nationale kliniske retningslinje anbefales det at give patienter med BMI over 40 kg/m<sup>2</sup> mulighed for tilbud om fedmekirurgisk vurdering. Videre anbefales det at give patienter med BMI over 40 kg/m<sup>2</sup> i alderen 18 og 25 år mulighed for tilbud om fedmekirurgisk vurdering. På baggrund heraf er der fundet behov for at opdatere den gældende *Retningslinje for visitation og henvisning på fedmeområdet* fra 2010.

Denne visitationsretningslinje for kirurgisk behandling af svær fedme er udarbejdet i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner samt Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Visitationsretningslinjen tager udgangspunkt i evidensgennemgangen fra Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for fedmekirurgi. Herudover er der i udarbejdelsen af visitationsretningslinjen taget højde for at der af aftale om regionernes økonomi for 2017 fremgår følgende:

*”Regeringen og Danske Regioner noterer sig, at en national klinisk retningslinje for fedmekirurgi er under udarbejdelse i regi af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med bl.a. regionerne. Sundhedsstyrelsen vil inddrage Danske Regioner i et arbejde med at justere den gældende visitationsretningslinje for fedmekirurgi fra 2010. Parterne er enige om, at visitationsretningslinjen på området skal sikre, at der ikke sker et utilsigtet skred i indikationer for fedmekirurgi. Det er således intentionen, at de nye retningslinjer ikke bør medføre stigninger i udgifterne i regionerne. Parterne vil følge udviklingen på området fremadrettet.”*

Baseret på opgørelse fra Landspatientregistret er der i årene 2011-2016 inkl. udført mellem 518 og 2.219 offentligt finansierede fedmekirurgiske operationer årligt. Sundhedsstyrelsen og regionerne er enig om, at henvisning og visitation til fedmekirurgi efter nærværende visitationsretningslinje fremadrettet vil kunne fastholde en kirurgisk aktivitet sv.t. det gennemsnitlige niveau for perioden 1. juli 2011 - 30. juni 2017 inkl. som svarer til gyldighedsperioden for den visitationsretningslinje, der afløses. Denne baseline vil blive udmeldt af Sundhedsstyrelsen ultimo 2017, baseret på LPR-træk.

## 2. Retningslinjens gyldighed

Denne retningslinje for visitation til kirurgisk behandling for svær fedme erstatter Regeringens og Danske Regioners *Retningslinjer for visitation og henvisning på fedmeområdet* fra 2010 og træder i kraft 1. juli 2017.

## 3. Visitationsgrundlag

Behandling af svær fedme kan bestå af både medicinske og kirurgiske behandlingstilbud. Hvorvidt den enkelte patient tilbydes fedmekirurgi skal altid bero på en individuel lægefaglig vurdering med udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Tilbud om fedmekirurgi skal forudgås af et grundigt individuelt medicinsk behandlingsprogram, ligesom det forudsætter, en nøje individuel vurdering af patienten i forhold til, om der er mulige kontraindikationer, som i væsentlig grad øger den operative risiko, eller bidrager til den samlede vurdering af, at fedmekirurgi ikke vil være det bedste tilbud for den pågældende person.

Visitationsretningslinjen er vejledende ift. de faglige kriterier, der bør lægges til grund ved henvisning til vurdering med henblik på fedmekirurgi og ved tilbud om fedmekirurgisk operation, og det vil altid bero på en konkret lægefaglig vurdering af indikationer og kontraindikationer, med drøftelse i det multidisciplinære team (MDT), om en konkret patient kan tilbydes fedmekirurgisk operation, uanset om alle kriterier er opfyldt eller ej.

### Visitationsforløb for udredning og behandling af svær fedme hos voksne:



### 3.1 Kriterier for visitation til fedmekirurgi

Forudsætningen for vurdering med henblik på tilbud om fedmekirurgi er, at patienten har gennemgået et medicinsk udrednings- og behandlingsforløb på relevant specialiseringsniveau, jfr. Sundhedsstyrelsens gældende specialevejledning. Patienten skal som led heri have opnået minimum 8 % vægttab, og skal samtidig have et BMI  $\geq 35$ .

Udover ovenstående skal patienten samtidig have mindst én af følgende fedmerelaterede tilstande og følgesygdomme:

- Type 2 diabetes, hvor stabil glykæmisk kontrol er vanskelig at fastholde (vurderet ved endokrinologisk speciallæge)
- Svær regulerbar hypertension, som har været udredt hos speciallæge i kardiologi
- Dokumenteret søvnapnø, udredt jfr. gældende visitationsretningslinje og specialeplanlægning
- Graviditetsønske og fertilitetsproblemer hos kvinder; der er udredt herfor hos speciallæge i gynækologi og obstetrik

- Dokumenteret symptomgivende artrose i underekstremiteterne hvor ortopædkirurgisk speciallæge har vurderet at andre behandlingsmuligheder er udtømte ved den aktuelle vægt.

Efter individuel vurdering ved speciallæge, og drøftelse ved MDT, kan patienter med svær fedme uden manifesterede følgesygdomme, men med andre væsentlige sundhedsfaglige begrundelser for at tilbydes fedmekirurgisk operation. Det kan f.eks. være betydelig disposition til følgesygdomme til svær overvægt, behov for andre operative indgreb hvor indgrebet er kontraindiceret pga. svær fedme, øvrige tilstande hvor fedmekirurgi vurderes at være fagligt mest hensigtsmæssige og mindst indgribende behandlingstilbud, tilstande med forøget fedmerelateret risiko hvor ikke-kirurgisk behandling er forsøgt (fx benign intrakraniell hypertension mv.).

### **3.1.1 Vedr. alder**

Der gælder hverken faste nedre eller øvre aldersgrænser vedr. tilbud om fedmekirurgi, men der skal generelt være stor tilbageholdenhed og foreligge skærpet sundhedsfaglig indikation og udvises særlig opmærksomhed ved vurdering af såvel unge som ældre.

Findes der i forbindelse med det medicinske behandlingsprogram grundlag for vurdering med henblik på fedmekirurgisk indgreb hos unge eller ældre patienter skal der som altid foretages en konkret individuel vurdering.

For unge gælder, at det multidisciplinære team skal være særligt opmærksomme på at vurdere personens modenhed i forhold til at forstå operationens konsekvenser, herunder at de fornødne livsstilsforandringer efter operationen er permanente. Den individuelle vurdering skal desuden lægge vægt på forhold som fordele og ulemper ved fedmekirurgi forud for evt. ønsket graviditet, ligesom der i både vurdering af indikation og ved det informerede samtykke skal lægges særligt vægt på at den unge kan have risiko for at skulle leve med evt. komplikationer i længere tid.

Ved vurdering af tilbud om fedmekirurgi hos ældre bør der udvises særlig forsigtighed grundet påvist risiko for øgede operative komplikationer. Derudover er den positive langtidseffekt af operationen mindre udtalt end hos yngre.

### **3.1.2 Øvrige forudsætninger**

I tillæg til ovenstående kriterier er det en forudsætning for tilbud om fedmeoperation, at det vurderes at:

- varigt vægttab ikke har kunnet opnås ved konventionel, ikke-kirurgisk behandling
- at superviserede vægttabsforløb i primær sektor er dokumenterede, og at disse ligger senest 3 år før henvisning
- patienten forstår indgrebet karakter, herunder komplikationer på både kort og langt sigt
- patienten er i stand til at følge de givne anvisninger vedrørende livsstilsændringerne og kontrollerne efter operation – livslangt
- patienten, ud over at opfylde ovenstående kriterier for operation, har gennemgået et længerevarende behandlingsprogram, jf. beskrivelse i pkt. 4.3
- at patienten stopper med at ryge mindst 6 uger før operation, er stærkt motiveret for fortsat rygestop samt forpligter sig på ikke at genoptage rygning i minimum 3 uger efter operation.

### **3.1.3 Kontraindikationer**

Mulige kontraindikationerne for operation er bl.a. følgende, idet det bemærkes at listen ikke er udtømmende, og altid vil bero på en konkret lægefaglig vurdering:

- Misbrug af alkohol, narkotika eller medikamina såsom fx benzodiazepiner
- Spiseforstyrrelser, som ikke er velbehandlede. Ved tvivl anbefales en psykiatrisk speciallægevurdering
- Udvlingshæmning, hvor patienten ikke vurderes at kunne forstå konsekvenserne af indgrebet eller overholde de nødvendige livsstilsændringer herefter
- Komorbiditet, der giver øget risiko i forbindelse med kirurgiske indgreb eller den efterfølgende livsstilsændring.
- Psykisk lidelse er ikke i sig selv en kontraindikation, men ved ustabil eller behandlingsrefraktær svær psykisk lidelse bør der være særlig opmærksomhed på den enkeltes forudsætninger at følge behandlingstilbud, og man bør overveje at inddrage vurdering fra speciallæge i psykiatri ved drøftelse i MDT.

## 4. Udredning, henvisning og behandlingsforløb

### 4.1 Udredning hos praktiserende læge

Forud for henvisning forudsættes det, at patienten er informeret om non-farmakologiske behandlingsmuligheder, og at patienten over et længere forløb, inden for de seneste 3 år før henvisningen, har forsøgt seriøs og superviseret konventionel væggtabsbehandling. Dette skal være dokumenteret i patientens journal og den fremsendte henvisning. Rådgivning og behandling kan f.eks. være givet hos egen praktiserende læge, eller i kommunen – hvor det er muligt – med kostvejledning hos diætister og motionsanvisning hos fysioterapeuter eller andre faggrupper, der har disse kompetencer.

Alment praktiserende læger, speciallæger m.v. kan henvise patienten til et behandlingsprogram ved et multidisciplinært team på et offentligt sygehus med henblik på behandling for fedme, såfremt patienten vurderes, at opfylder visitationskriterierne som anført ovenfor. Dette gælder hvad enten der forventes at blive tale om tilbud om fedmekirurgi eller ej.

Henvisning af en patient til behandlingsprogram på sygehus med henblik på behandling for svær fedme, herunder fedmekirurgi, skal indeholde grundige beskrivelser af patientens status (se nedenfor), og beskrivelserne skal tydeligt fremgå af patientens journal. Det er forud for henvisning vigtigt, at lægen har tiltro til, at patienten er stærkt motiveret for behandling. Dette skal fremgå af lægens journal og af henvisningen.

### 4.2 Indhold i henvisning til sygehusbaseret behandlingsforløb

Følgende oplysninger skal være indeholdt i henvisning til sygehusbaseret behandlingsforløb:

Anamnese:

- Antal år med overvægt/fedme
- Omfang, indhold, varighed, maksimale væggtab m.v. ved tidligere væggtabsforsøg
- Dispositioner, andre særlige forhold
- Aktuel medicinsk behandling
- Tobaksforbrug
- Misbrug (alkohol, narkotika)
- Spiseforstyrrelse
- Psykisk sygdom
- Angivelse af eventuelle (relative) kontraindikationer

Objektivt:

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

Socialt:

- Overvægtige familiemedlemmer/dispositioner
- Socialt – arbejde, familie, ressourcer
- Andre psykosociale forhold, den praktiserende læge skønner relevante

Andet:

- Givet information om operation og eventuelle bivirkninger

Eventuelle andre overvejelser som den henvisende læge finder relevante.

### **4.3 Det medicinsk/kirurgiske behandlingsprogram**

#### **4.3.1 Multidisciplinære team**

Udredning i forbindelse med vurdering af om der skal gives tilbud om fedmekirurgi kræver særlig ekspertise og erfaring, og skal derfor være forankret i et fast multidisciplinært teamsamarbejde, på afdelinger, som er godkendt hertil ifølge Sundhedsstyrelsens gældende specialeplan. Det multidisciplinære team skal altid omfatte følgende, idet der samtidig henvises til gældende kriterier og betingelse for Sundhedsstyrelsens godkendelse af specialfunktioner i specialeplanen:

- Speciallæger i intern medicin: endokrinologi med ekspertise og særlig erfaring i behandling af patienter med sygelig overvægt og fedmerelaterede sygdomme.
- Diætist- og sygeplejefaglig ekspertise med en bred viden om fedmebehandling og de fedmerelaterede sygdomme samt viden om livsstilsændringer og læringsprocesser.
- Speciallæger i kirurgi med ekspertise og særlig erfaring i fedmekirurgiske indgreb
- Operations- og anæstesiteam med ekspertise og særlig erfaring indenfor fedmekirurgi.
- Andre relevante speciallæger inddrages ved behov for særlig vurdering, fx speciallæger i psykiatri, intern medicin: kardiologi samt gynækologi og obstetrik.

#### **4.3.2 Behandlingsforløb**

Patientens forløb starter altid på medicinsk-endokrinologisk afdeling.

Henvisning modtages fra praktiserende læge eller anden læge. Hvis visitationskriterierne er opfyldt indkaldes patienten til et ambulant forløb på den medicinsk-endokrinologiske afdeling. Forløbet tilrettelægges af den enkelte afdeling.

Al udredning, herunder medicinsk udredning, evt. rådgivning hos diætist og kirurgisk 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).

Det er væsentligt, at der kan være en kontinuerlig koordineret indsats omkring patienten.

Hvis fedmekirurgisk operation vurderes relevant, skal patienten forud for operationen gennemgå et grundigt sygehusbaseret, individuelt medicinsk behandlingsprogram på minimum 3 måneder, da



dette er vist at forbedre mulighederne for succes med den nødvendige, livslange ændring af livsstil efter fedmekirurgi. Dette vil indebære ca. 4 møder/kontroller over dette forløb, blandt andet for at konstatere opnået vægttab, rygestop og øvrigt compliance. For at reducere risikoen for komplikationer ved operationen bør patienten tabe 8 % af sin vægt før indstilling til fedmekirurgi.

Det medicinske behandlingsforløb anvendes til:

- sammen med patienten at vurdere alternative behandlingsmuligheder og livsstilstiltag i øvrigt, inklusivt fysisk aktivitet
- at forholde sig til og eventuelt behandle eller optimere behandling af medicinske/kirurgiske lidelser
- at forholde sig til og eventuelt behandle eller optimere behandling af psykiske lidelser,
- at forholde sig til og eventuelt håndtere af tobaksrygning samt behandling af misbrugsproblemer
- at vurdere patientens behov for henvisning til fedmekirurgi
- grundigt at instruere patienterne om konsekvenser af fedmekirurgi – fordele og ulemper på både kort og lang sigt, inklusivt evt. kosmetiske problemer efter operationen,
- at vurdere patientens compliance, mhp. at følge de nødvendige kontroller og efterkontroller livslangt
- afklaring om patienten kan overholde rygeforbud i minimum 6 uger op til, og 3 uger efter operation.

Patienten skal forud for operation instrueres i livsstilsændringer som er nødvendige efter fedmekirurgi. Herudover skal der instrueres i tiltag med henblik på at forebygge komplikationer, såsom indtag af kosttilskud og systematisk opfølgning i sundhedsvæsenet.

Patienten skal nøje informeres om de mulige kirurgiske og medicinske komplikationer ved fedmekirurgi, herunder langtidsfølger efter operation som anæmi, dumping, hypoglykæmi, risiko for udvikling af osteoporose og vitamin B12-mangel; samt de kirurgiske komplikationer såsom intern herniering, risiko for akutte og kroniske mavesmerter og risiko for dødelighed. Operationen er forbundet med meget lav mortalitet, men i lighed med andre operationer skal patienterne oplyses herom. Det er således væsentligt, at patienten kan forstå og acceptere mulige komplikationer til operationen.

Patienten skal vurderes af en kirurg, og der skal ved konference i det multidisciplinære team tages endelig stilling til om der gives tilbud om fedmekirurgisk indgreb.

#### **4.3.3 Fedmekirurgisk funktion**

Operation for fedme inkl. behandling af de akutte komplikationer dertil kræver særlig ekspertise og erfaring, og skal derfor være forankret i et fast multidisciplinært teamsamarbejde, på afdelinger, som er godkendt hertil ifølge Sundhedsstyrelsens gældende specialeplan.

Da det kirurgiske behandlingstilbud blandt andet afhænger af patientens overvægtsgrad, de relaterede sygdomme samt den operative risiko, bør det kirurgiske team beherske flere metoder for at kunne tilbyde en optimal behandling af den enkelte patient.

## **5. Monitorering**

Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner er enige om at følge udviklingen for fedmekirurgisk behandling via LPR og fedmedatabasen.