

Behandling af overvægt: Ingen kan eller vil betale

LEDER

Arne Astrup

Ugeskr Læger
2016;178:V68754

Overvægt og især svær overvægt forårsager en lang række følgesygdomme, som involverer alle lægelige specialer. Overvægt fører især til hjerte-kar-sygdomme og en række cancere, er årsag til majoriteten af de nye tilfælde af type 2-diabetes og nedsætter livslængden med 4-7 år. I betragtning af, at det er videnskabeligt særdeles veldokumenteret, at behandling af overvægten kan nedsætte forekomsten af de fleste af disse lidelser, er det ulogisk, at samfundet ikke synes at være interesseret i at investere i behandlingstilbud.

Behandlingen af svær overvægt bliver ikke nemmere af, at alle synes at have en mening om, hvilke kost- og motionsråd der virker, og en lang række myter, der reelt modarbejder et succesrigt resultat, floerrer [1].

Behandlingen af svær overvægt (fedme) har historisk set været præget af en række forskellige tiltag, som senere har vist sig at være behæftet med uacceptable risici og derfor er blevet stoppet. Især de receptpligtige væggtabspræparater har en kedelig historie: Sibutramin og rimonabant blev trukket tilbage fra markedet som følge af hhv. øget kardiovaskulær risiko og behandlingskrævende depression samt angsttilfælde [2]. Også på den fedmekirurgiske front måtte en række gastrointestinale procedurer forlades som følge af øget mortalitet og ofte invaliderende sequelae. Selv væggtabsbehandling med kost og motion er der blevet advaret imod med henvisning til observationelle studier, hvor man har fundet, at væggtab er forbundet med øget dødelighed. Sidstnævnte er dog afkræftet i randomiserede studier. Men for myndighederne er ovenstående udvikling blevet en sovepude. Behandlingstilbuddet fra Sundhedsstyrelsen til overvægtige patienter er en pjece med »små skridt«, som lover, at man taber sig 20 kg på et år, hvis man hver dag skifter en ostemad ud med et æble og går en tur. Desværre holder det ikke, idet »små skridt« hviler på beregninger, som er i strid med elementær fysiologisk viden om energibalance [3].

Behandlingen af svær overvægt i Danmark er desuden præget af tilfældigheder og mangel på organisering. Reelt set er hovedparten af de behandlingskrævende patienter overladt til sig selv. I bedste fald tilbydes de et kortvarigt behandlingsforløb på et par måneder hos en læge eller diætist, men resultatet er gennemgående nedslående. Behandling af svær overvægt kræver et professionelt team med et flerfacetteret program.

En af de væsentligste grunde til de manglende behandlingstilbud er, at ingen ønsker at dække udgifterne. Et professionelt behandlingsforløb leveret af et tværfagligt team med læge, diætist og evt. træner og psykolog skal typisk forløbe over mindst ét år for at resultere i et bevaret relevant væggtab. Tilbuddene er kun sporadiske, for de få og ofte delvist finansieret af forskningsmidler. Ofte kræver en effektiv behandling også anvendelse af lægemidler eller gastrisk kirurgi. Ét års behandling med væggtabsmedicinen liraglutid resulterer i et væggtab på 5-7 kg mere end diæt alene [4], men koster ca. 30.000 kr., og en gastrisk bypass-operation koster omkring 65.000 kr. Begge behandlinger er på grund af prisen uden for rækkevidde for hovedparten af de svært overvægtige patienter, idet antallet af operationer er faldet med 90% siden 2010, efter at man politisk ændrede kriterierne for at blive henvist til fedmekirurgi. Enkelttilskud til liraglutid er kun givet til under et dusin patienter.

Ikke mindst i lyset af tidligere væggtabsmetoders uacceptable risici er det vigtigt, at væggtabet nedsætter morbiditeten og mortaliteten samt forbedrer livskvaliteten og den fysiske funktion. Væggtab med kost og motion forbedrer stort set samtlige kardiometaboliske risikofaktorer og forebygger type 2-diabetes, og som der er redegjort for i dette nummer af Ugeskrift for Læger, viser interventionsstudier, at væggtab også nedsætter forekomsten af hjerte-kar-sygdom, diabetes, cancer og dødelighed. Der er belæg for, at det gælder væggtab med både kost og motion, glukagonlignende peptidanaloger og gastrisk bypass.

Så tidligere tiders advarsler om væggtab hos overvægtige, alene baseret på befolkningsstudier, er i dag ikke nogen hindring for at behandle svært overvægtige patienter.

LITTERATUR

1. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A et al. Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med* 2013;368:446-54.
2. Christensen R, Kristensen PK, Bartels EM et al. Efficacy and safety of the weight-loss drug rimonabant: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2007;370:1706-23.
3. Rasmussen I. Førende fedmeekspert: Sundhedsstyrelsen benytter uvidenskabelig metode. *Ugeskriftet.dk* 24. jun 2011.
4. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K et al for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of Liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373:11-22.

KORRESPONDANCE:

Arne Astrup, Institut for Idræt og Ernæring, Det Natur- og Biovidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet. E-mail: ast@nexs.ku.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk