

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Medlemmer af sundhedsudvalget, medier og evt. fagfolk
Anledning:	Samråd om retningslinjer for fedme- og rygbehandling
Taletid:	10 min., herefter spm.
Tid og sted:	20. januar 2011, kl. 15
Dok nr.:	411920

Samrådsspørgsmål AC lyder:

”Ministeren bedes redegøre for, hvilken faglig baggrund de nye retningslinjer for fedme- og rygbehandling (omdelt på SUU alm del-bilag 108) bygger på.

Herudover bedes ministeren redegøre for, hvorfor ministeren ikke har indhentet anbefalinger fra den arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, der arbejder med kliniske retningslinjer for bl.a. fedme- og rygbehandling, inden ministeren den 17. december 2010 offentliggjorde de nye retningslinjer.”

[Indledning]

Jeg vil allerførst sige lidt om *baggrunden* for arbejdet med de nye retningslinjer for fedme- og rygbehandling, så der kan blive ryddet nogle misforståelser af vejen.

[Baggrunden for arbejdet med nye retningslinjer]

I økonomiaftalen for 2011, som regeringen indgik med Danske Regioner i juni 2010, anføres det meget klart, at man er enige om at revidere de klinisk faglige retningslinjer og visitationsgrundlaget for væsentlige sygdomsområder, herunder fedme- og rygområdet. Dette arbejde afsluttes i 2010 og skal munde ud i klare retningslinjer og principper for klinisk faglig visitation *med henblik på en mere målrettet prioritering af offentlige sundhedsydelse*r.

Hele baggrunden og sigtet for arbejdet er således at sikre en mere målrettet prioritering af de offentlige sundhedsydelser. Det har regeringen og Danske Regioner aftalt, og *inden for den ramme skal de faglige retningslinjer udfolde sig*. Dette punkt i økonomiaftalen er altså udtryk for, at regeringen og Danske Regioner tør tage et livtag med den vanskelige prioritering af indsatsen i sundhedsvæsenet.

Det er noget kloge folk har efterlyst i årevis. Jeg kan nævne, at der på Lægeforeningens årlige lægemøde sidste forår var kritik af, at det var for nemt at blive opereret på private sygehuse, fx for ryglidelser. Derudover er regeringen og Danske Regioner enige om, at der skal bedre styr på udgifterne i sundhedsvæsenet. Der er ikke råd til det hele.

En sådan prioritering af sundhedsvæsenets ydelser skal naturligvis ske med faglig medvirken, så prioriteringen ikke rammer nødvendig behandling. Og allerbedst er det, hvis prioriteringen *også* er til fordel for de patientgrupper, den omfatter. Derfor har der også deltaget fagligt kompetente personer på begge områder.

[Grundlag for nye retningslinjer: inddragelse af eksperter]

På fedmeområdet har Danske Regioner siden begyndelsen af efteråret drøftet emnet med en gruppe eksperter. Flere af personerne i Danske Regioners arbejdsgruppe har også deltaget i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe om fedme.

På rygområdet har Danske Regioner ligeledes nedsat en gruppe af fagpersoner. Rygruppen har haft repræsentanter fra de relevante faglige selskaber (ortopædkirurger, neurokirurger og reumatologer), ligesom der har været lægefaglige repræsentanter fra de enkelte regioner.

[Fedmeområdet og faglighed]

Jeg vil gerne redegøre lidt nærmere for det faglige indhold i retningslinjerne. For fedmepatienterne vil jeg gerne understrege, at for patienter med følgesygdomme til deres overvægt har vi *ikke* ændret BMI-grænsen for operation. Den er som

hidtil fastsat med et BMI på 35 [BMI: Body Mass Index. Eksempel: BMI på 35 betyder, at en person på 1,90 m vejer 126 kg.]. Det nye er, at følgesygdømmene er blevet præciseret.

Det var også det niveau, som Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe lagde op til i sine papirer. Vi skal selvfølgelig fortsat operere dem, der er syge. Hvis man kan forudse alvorlige konsekvenser af følgesygdømmene, hvis man ikke opererer, så skal man selvfølgelig operere. Men for alle andre skal vi bevare en sund skepsis, for der er flere komplikationer som følge af fedmeoperation, og der er kun relativt begrænset erfaring med langtidsvirkningerne – efter 20 år.

Konkret har man derfor i retningslinjerne hævet BMI-grænsen fra 40 til 50 for patienter, der er overvægtige, men ikke har følgesygdomme. Den nye BMI-

grænse på 50 for dem uden følgesygdomme er sat på det niveau efter drøftelse med førende ekspert i fedmebehandling.

De personer, der nu ikke længere skal opereres, efter at BMI-grænsen er hævet, lades ikke i stikken. Det sikrer de nye retningslinjer med et mere sammenhængende behandlingstilbud. Det nye 3 måneders medicinske behandlingsprogram på hospitalet bidrager til sammenhæng. Indholdet i det medicinske behandlingsprogram er et udbygget tilbud i forhold til de tidligere retningslinjer. Det betyder, at vi forventer, at der skal bruges lidt flere penge til det nye medicinske behandlingsprogram i forhold til tidligere, men det får vi råd til, når vi ikke skal operere så mange.

[Rygområdet og faglighed]

Arbejdsgruppen på *rygområdet* er som nævnt sammensat af fagfolk fra de relevante lægefaglige selskaber og relevante lægefaglige repræsentanter fra regionerne.

De lægefaglige repræsentanter anfører i retningslinjerne, at ”Det er vigtigt at kunne udpege de patienter, som har høj risiko for langvarige gener, og som har gavn af behandling”. Der er nemlig mange patienter, der har lige så god gavn af konservativ (dvs. ikke kirurgisk) behandling.

Ligesom det er tilfældet på fedmeområdet, er der på rygområdet et udvidet ikke-kirurgisk behandlingsprogram i forhold til, hvordan det tidligere typisk har set ud i regionerne. Det er gjort for at være sikre på, at rygpatienterne får mulighed for den rette behandling – kirurgi eller anden behandling.

[Arbejdsgruppen i Sundhedsstyrelsen]

Spørgeren har bedt mig redegøre for, hvorfor jeg ikke har indhentet anbefalinger fra arbejdsgruppen under Sundhedsstyrelsen. Mange aspekter i de nye retningslinjer for fedmebehandling er blevet præsenteret og drøftet i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, og flere ting har også stået i de eksisterende retningslinjer fra 2008.

Som nævnt blev det i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner aftalt, at arbejdet med retningslinjer på blandt andet fedme- og rygområdet skal munde ud i klare retningslinjer og principper for klinisk faglig visitation *med henblik på en mere målrettet prioritering af offentlige sundhedsydelse*r.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner vurderede efter to møder i Sundhedsstyrelsens fedmearbejdsgruppe, at det hidtidige arbejde ikke kunne levere et resultat inden udgangen af 2010 med en sådan mere målrettet prioritering. Et sådant resultat skulle jo både tage hensyn til at indrette et behandlingssystem, hvor der var et andet tilbud til patienterne end kirurgi, og sikre en skarpere prioritering og visitation af patienterne. Derfor blev Danske Regioners arbejdsgruppe sat i gang med arbejdet. Som nævnt var der flere gengangere i regionernes arbejdsgruppe fra Sundhedsstyrelsens gruppe – og de har bidraget til den snævrere arbejdsgruppe, selvom nogen bagefter desværre har undsagt processen. Sundhedsstyrelsen har naturligvis været informeret om arbejdet.

[Afslutning]

Der er altså tale om faglige retningslinjer, som er udarbejdet af faglige eksperter på både fedme- og rygområdet. Når vi har strammet kriterierne til operationer på begge områder, er det for at være sikre på, at vi bruger de operative ressourcer på de patienter, der har behov for operation. Men vi lader ingen patienter, der har et behandlingsbehov, stå uden et tilbud.