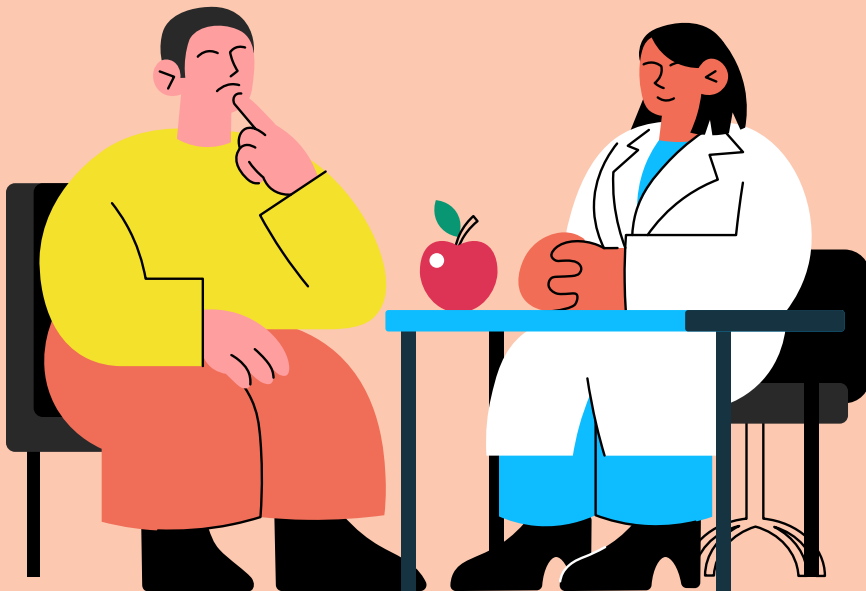

Är smal ett val?

**En rapport om fetmaläkemedel,
varför de behövs och varför de är så dyra.**

VINCENT FLINK AMBLE-NAESS



Förord

Var går gränsen mellan medicin och moral?

Folkhälsa brukar kallas en tvärvetenskaplig disciplin. Medicin är förstås en viktig beståndsdel, men psykologiska kunskaper om hur människor beteende kan förändras och hur de agerar i grupp är lika viktigt. Och dessutom äger allt folkhälsoarbete rum i ett sammanhang där olika normer råder, vilket gör att moral också är en ofrånkomlig del av folkhälsa. En del av denna moral är tydlig och synlig, medan annan är mera dold.

För något år sedan började medierna skriva om de nya läkemedlen som tagits fram för diabetiker. De verkade ha en intressant bieffekt: användarna tenderade att gå ned ganska mycket i vikt. Snart var lagren av till exempel läkemedlet Ozempic tomma över hela världen. Då vidtog nästa diskussion om brist, ransonering och rättvisa. Samtidigt byggdes kapaciteten för att producera läkemedlen ut, och i dag har just läkemedlet Ozempic som produceras av danska Novo Nordisk en mätbar effekt på hela Danmarks BNP.

Så frågan är om dessa läkemedel även i fortsättningen endast ska ges till diabetiker? Kan man tänka sig att även gravt överviktiga ska få ta del av dem? Eller ska man gå ännu längre och låta mer eller mindre vem som helst få tillgång till dem, om de betalar själva? Onekligen svåra frågor som kombinerar medicin, synen på ekonomi, rättvisa – och moral.

Läkemedlen som verkar vara så effektiva mot övervikt och fetma utmanar vår moral på minst två sätt. Den första föreställningen är att överviktiga människor, åtminstone till en liten del, har sig själva att skylla. Denna föreställning uttrycks förstås ofta inte så brutalt, men snart sagt alla som är överviktiga kan hänvisa till ”välmenande” råd från omgivningen om att det kanske vore idé att dra ned lite på chipsen på fredagarna. Som om det vore problemet. Läkaren Vincent Flink Amble-Naess visar i denna text att spelplanen för överviktiga rent biologiskt är riggad så att det nästan är omöjligt att vinna. Människokroppen är skapad för att vara effektiv på att lagra extra kalorier, och snål i förbrukningen av dem.

Den andra föreställningen, möjligen särskilt djupt rotad i ett land med lutheransk tradition som Sverige, är att det är bra att vänta med att ta läkemedel tills det är absolut nödvändigt, eller till och med att läkemedel bara skyler det verkliga problemet. Många har nog hört någon i omgivningen säga att de inte äter värktabletter för lite huvudvärk, eller som försöker ändra sin diet för att behandla sitt höga blodtryck i stället för att ta läkemedel.

Det är förstås bra att försöka skaffa sig en sund livsstil. Men övervikt då, som inte ens är en ”egen” sjukdom utan ett tillstånd som ökar risken för en mängd sjukdomar – kan och bör man ta läkemedel mot det?

I Sverige avgörs i praktiken sådana här frågor hos en för allmänheten rätt okänd myndighet: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket eller TLV. Det är TLV som bestämmer vilka läkemedel som ska subventioneras av skattemedel och vilka som inte ska det. Till sin hjälp har TLV samhällsekonomiska analyser, som ska säga om ett visst läkemedel på samhällsnivå ger mer nytta än vad det kostar.

Även om systemet kan verka rationellt har det uppenbara baksidor. En sådan är att ransonering blir nödvändig, eftersom resurserna är begränsade. Det kan få smått bisarra konsekvenser. En läkare kan till exempel antyda till en överviktig patient att den borde gå upp några kilo till i vikt för att bli berättigad till läkemedel som ska hjälpa henne att gå ned.

Ett annat problem är samhällsekonomiska analyser, hur avancerade de än är, alltid kommer att missa en del av verkligheten. När det gäller läkemedel mot fetma ser till exempel TLV till vilken minskning av risken att insjukna i konkreta diagnoser som cancer eller hjärtsjukdomar man kan vänta sig.



Även om systemet kan verka rationellt har det uppenbara baksidor. En sådan är att ransonering blir nödvändig, eftersom resurserna är begränsade. Det kan få smått bisarra konsekvenser. En läkare kan till exempel antyda till en överviktig patient att den borde gå upp några kilo till i vikt för att bli berättigad till läkemedel som ska hjälpa henne att gå ned.

Men alla som lever i den verkliga världen kan ganska lätt komma på helt andra skäl till att människor kan vilja gå ned i vikt än bara en minskad risk för vissa cancerformer: man kanske ser ett allmänt bättre välmående framför sig, är driven av en gnutta fåfänga eller så vill man helt enkelt påverka chansen att skaffa en partner, med allt vad det innebär av ökat välmående. Dessutom skulle förmodligen ganska många vara beredda att betala för läkemedlen ur egen ficka.

Hur kan vi åstadkomma en ökad flexibilitet i vården, som bibehåller tillgänglighet för de som har störst behov men också skapar möjlighet för personer att själva få en större makt över vilka behandlingar man vill genomgå?

Flink Amble-Naess resonemang i denna rapport är ett exempel på frihetlig folkhälsa. Han visar att själva begreppet sjukdom inte är helt fast, och att det kanske heller inte spelar så stor roll: läkemedel kan ibland förbättra människors liv, alldeles oavsett om deras tillstånd är klassad som en sjukdom eller inte. Andra kan mycket väl må bäst utan läkemedel, även om deras tillstånd är en sjukdom, till exempel homosexualitet som klassades som en sjukdom i Sverige fram till 1979.



Marie Söderqvist

Marie Söderqvist

Vd, EPHI

Prolog

När jag gick i gymnasiet tycktes hela samhället vara besatt av viktnedgång. Public service höll debatter på bästa sändningstid om vilken diet som var den främsta. Någon hävdade att lösningen var mindre kolhydrater och mer fett. Andra ansåg att fullkorn var nyckeln till framgång. Olika träningsformer framhölls som universal-lösningar: långdistanslöpning, intervaller, styrketräning eller yoga. Men om en sak var alla överens. Allt som krävdes var att bestämma sig.

När jag började studera medicin i Uppsala mötte jag en annan uppfattning. Under en introduktionsföreläsning fick jag veta att fetma var en sjukdom, och kanske till och med den värsta av alla – eftersom så många var drabbade. Jag fick också veta att vår vikt låg utanför vår kontroll. Kemikalier i vår hjärna förklarade faktumet att så få gick ner i vikt. Att uppmana människor att bestämma sig, fick jag veta, var ett tecken på intolerans. Som jag minns det fann jag budskapet provocerande. Jag uppfattade det som att någonting alldagligt framställdes som mystiskt och svårförståeligt, och att föreläsaren försökte tysta sina meningsmotståndare. I slutändan, tänkte jag, var det bara en sak som spelade roll: kalorier in och kalorier ut.

Sedan dess har jag insett att det fanns ett mått av sanning i det han sa. Men det hade kunnat kommuniceras bättre. För att komma fram till det har jag studerat evolutionsbiologi, biokemi och psykologi, och börjat ifrågasätta grunderna för hur våra myndigheter gör sina prioriteringar. Jag har nämligen upptäckt att det finns effektiva läkemedel mot fetma. Det är dessa preparat, behovet av dem och svårigheterna med att få tag i dem, som är ämnet för denna rapport.

Vincent Flink Amble-Naess

Läkare



Fetma som hälsoproblem

Omkring hälften av Sveriges vuxna befolkning lider av övervikt eller fetma.¹ Tillstånden ger en ökad risk för cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och förlossningskomplikationer. Varje år dör miljontals människor i relaterade sjukdomar.² Övervikt och fetma leder till försämrad livskvalitet: knävärk, halsbränna, sömnstörningar, nedsatt koncentrationsförmåga. Till detta kommer det sociala stigmat, till exempel i arbetslivet och vid val av partner.^{3,4} Enligt WHO är övervikt och fetma det största hälsoproblemet i världen. Sedan åtminstone 90-talet har det varit ett större problem än svält.

Hur lagras fett? En evolutionär genomgång

De flesta som har försökt gå ner i vikt vet att hungern är det största hindret. Den beror delvis på vana: att man med tiden vänjer sig vid att äta portioner av en viss storlek och med en viss frekvens. Men det finns också rent biokemiska skäl. Under större delen av vår evolutionära historia har människor levt som jägare och samlare. Tillgången till mat har varierat under året, på grund av torka, bränder och migration av bytesdjur. För att överleva var det nödvändigt att kunna lagra energi under goda

¹ Varannan svensk har övervikt eller fetma. Charlotte Samuelsson. Statistiska centralbyråns hemsida. Hämtad 2023-06-07. <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/varannan-svensk-har-overvikt-eller-fetma/>.

² GBD 2015 Obesity Collaborators; Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, Marczak L, Mokdad AH, Moradi-Lakeh M, Naghavi M, Salama JS, Vos T, Abate KH, Abbafati C, Ahmed MB, Al-Aly Z, Alkerwi A, Al-Raddadi R, Amare AT, Amberbir A, Amegah AK, Amini E, Amrock SM, Anjana RM, Ärnlöv J, Asayesh H, Banerjee A, Barac A, Baye E, Bennett DA, Beyene AS, Biadgilign S, Biryukov S, Bjertness E, Boneya DJ, Campos-Nonato I, Carrero JJ, Cecilio P, Cercy K, Ciobanu LG, Cornaby L, Damtew SA, Dandona L, Dandona R, Dharmaratne SD, Duncan BB, Eshrati B, Esteghamati A, Feigin VL, Fernandes JC, Fürst T, Gebrehiwot TT, Gold A, Gona PN, Goto A, Habtewold TD, Hadush KT, Hafezi-Nejad N, Hay SI, Horino M, Islami F, Kamal R, Kasaeian A, Katikireddi SV, Kengne AP, Kesavachandran CN, Khader YS, Khang YH, Khubchandani J, Kim D, Kim YJ, Kinfu Y, Kosen S, Ku T, Defo BK, Kumar GA, Larson HJ, Leinsalu M, Liang X, Lim SS, Liu P, Lopez AD, Lozano R, Majeed A, Malekzadeh R, Malta DC, Mazidi M, McAlinden C, McGarvey ST, Mengistu DT, Mensah GA, Mensink GBM, Mezegebe HB, Mirrakhimov EM, Mueller UO, Noubiap JJ, Obermeyer CM, Ogbo FA, Owolabi MO, Patton GC, Pourmalek F, Qorbani M, Rafay A, Rai RK, Ranabhat CL, Reinig N, Safiri S, Salomon JA, Sanabria JR, Santos IS, Sartorius B, Sawhney M, Schmidhuber J, Schutte AE, Schmidt MI, Sepanlou SG, Shamsizadeh M, Sheikhbahaei S, Shin MJ, Shiri R, Shiue I, Roba HS, Silva DAS, Silverberg JJ, Singh JA, Stranges S, Swaminathan S, Tabarés-Seisdedos R, Tadese F, Tedla BA, Tegegne BS, Terkawi AS, Thakur JS, Tonelli M, Topor-Madry R, Tyrovolas S, Ukwaja KN, Uthman OA, Vaezghasemi M, Vasankari T, Vlassov VV, Vollset SE, Weiderpass E, Werdecker A, Wesana J, Westerman R, Yano Y, Yonemoto N, Yonga G, Zaidi Z, Zenebe ZM, Zipkin B, Murray CJL. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28604169; PMCID: PMC5477817.

³ Flint SW, Cadek M, Codreanu SC, Ivic CV, Zomer C and Gomoiu A (2016) Obesity Discrimination in the Recruitment Process: "You're Not Hired!". *Front. Psychol.* 7:647. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00647

⁴ Chen, E.Y. and Brown, M. (2005), Obesity Stigma in Sexual Relationships. *Obesity Research*, 13: 1393-1397. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.168>

tider. Eftersom vi inte var bofasta, behövde energin vara möjlig att flytta. Delvis har arkeologer kunnat se en kulturell anpassning, till exempel genom att använda djurs urinblåsor som vattenreservoarer eller att lagra frön i korgar av näver. Dessa lösningar var emellertid inte tillräckliga för att hålla en grupp människor vid liv under en längre tid. Istället åtgärdades saken evolutionärt. I brist på lagerhållning blev reserverna en del av våra kroppar.

Alla djur har möjligheten att lagra energi, men vi människor är exceptionellt skickliga. Det beror på att förmågan gynnades av det naturliga urvalet. Människor som kunde lagra stora mängder energi överlevde i större utsträckning, fick fler barn och förde vidare sina gener. Vi som lever idag är ättlingar till individer med förmågan att inta, tillgodogöra sig och förvara energi i sin kroppsvävnad. När man studerar människokroppen framstår det emellanåt som om vi var skapade för att lägga på oss vikt så snart tillfället yppade sig, och sedan gå ner så absolut lite som möjligt. Kanske är det inte ägnat att förvåna; en sådan individ skulle trots allt ha varit väl lämpad för ett liv på savannen – vår evolutionära hemvist.

Människokroppen har tre huvudsakliga energireserver: (1) blodsocker, (2) glykogen och (3) fett. Den viktigaste slutprodukten är blodsocker, eller glukos för att vara mer specifik. Det är cellens hårdvaluta, som under normala förhållanden är drivmedlet för alltifrån maratonlopp till sudoku. Glykogenförrådet finns i levern och inuti våra muskler. När vi behöver snabb energi, som under en kortdistanslöpning, kan förrådet mobiliseras oerhört snabbt. Glykogenmolekylen sönderdelas då till glukos. Detta är också innebörden av ordet glykogen, som på grekiska betyder ungefär "sockermakare". Glykogenförrådet är till för snabb energi, men inte för att täcka vårt vardagliga behov. Löpare drar nytta av molekylen genom att inta stora mängder kolhydrater som ris eller pasta inför ett pass, för att fylla sina reserver. Ett överfullt glykogenlager kan vara skillnaden på om man orkar en timme eller 4 timmar av löpning. Den långsiktigt viktigaste energikällan är emellertid fett. Den är långsammare, men extremt mycket lättare att lagra. I kalorier räknat har man cirka 150 kcal i blodsocker och 2500 kcal i glykogen. Men en vuxen, normalviktig man kan ha långt över 100 000 kcal lagrat i fett. Denna effektiva energikälla har evolutionärt varit en enorm tillgång. Under perioder av missväxt eller brist på bytesdjur, var fettreserverna det enda som höll oss vid liv.

Hur lagras fett? En biokemisk genomgång

För att förstå hur energi lagras i kroppen, räcker det inte med att förstå evolutionsbiologi. Man måste gå ner på mikroskopisk nivå. När fett lagras, går det in i så kallade "adipocyter" eller fettceller. Ju mer fett som lagras i dessa celler, desto mer

tänjs de ut. Cellen känner av töjningen av sitt hölje, och vänjer sig vid en viss fyllnadsgrad. När cellen är fylld till nivåer den har vant sig vid, utsöndrar den ett protein som heter leptin. Leptinet färdas med blodomloppet till hjärnan, där det reglerar aptiten. När hjärnan känner av leptinet minskas aptiten och vi blir mindre hungriga. När vi förbränner fett genom träning eller minskat matintag, minskar också leptinnivåerna. Följaktligen blir vi hungriga. Det finns också andra hormoner som reglerar vårt matintag. Ämnet ghrelin frisätts av celler i magsäckens slemhinna, när magen är tom på mat. Ghrelinet stimulerar aptiten på samma sätt som en brist på leptin kan göra. När magsäcken fylls med mat och töjs ut, frisätts även ett annat hormon: GLP-1. Det ger upphov till en känsla av mättnad.

Biokemin förklarar faktumet att det kan räcka med en chokladkaka för att omintetgöra effekten av ett träningspass. I en mening är det förstås något bra. Tack vare de finkalibrerade, biokemiska processerna i vår kropp, är vi extremt effektiva resursmässigt – långt mer effektiva än till exempel en bilmotor. Under vår evolutionära historia har det varit en välsignelse, men nu framstår det mer som en förbannelse. Samma system som förde oss till toppen av näringskedjan, leder till följsjukdomar som diabetes, cancer och hjärtattack.

Det är nämligen till stor del dessa biokemiska system, som är orsaken till att det är mycket svårare att gå ner i vikt för en person med fetma, än vad det är för en normalviktig person att behålla sin vikt. I grund och botten är det förvisso sant att det enda som spelar roll är kalorier in och kalorier ut. Men det varierar extremt mycket hur psykologiskt påfrestande det är att upprätthålla en balans i systemet. Man bör därför inte klandra personer som misslyckas med att gå ner i vikt. Det är mycket svårare än vad normalviktiga människor tror.

Viktminskning och psykologi

Läkarvetenskapens syn på viktnedgång är ibland svår att acceptera. Till stor del är det mitt och mina kollegors fel, tror jag. Ofta framställs saken som att överviktiga människor helt enkelt inte kan avstå från att äta. Därför, menar man, ligger vår vikt utanför vår kontroll. Det går emot den vanliga föreställningen: Att människors vikt är en följd av deras beslut. Så förhåller det sig trots allt med det mesta i vårt liv. De som vill övertyga om den biokemiska modellen, har denna presumtion att argumentera emot. Tyvärr har argumentationen ofta gått ut på att anklaga människor för att vara fördomsfulla eller brista i empati. Det tror jag är fel. För de flesta är uppfattningen inte grundad i fördomar, utan i erfarenhet. Nästan alla har någon gång gått upp eller ner i vikt. Kanske har man ätit mer under julleddigheten eller tappat några kilon under en sjukdomsperiod. Förmodligen har man då insett att förändringen orsakades av

ens eget beteende, och att det alltså var ens beslut som avgjorde saken. Övertygelsen är därför svår att motbevisa. Att en människa i vit rock kallar en oförstående, kan måhända få en att hålla sina åsikter dolda. Men kan det verkligen övertyga någon? Det är osannolikt, tror jag.

Att framställa viktnedgång som något som ligger utanför vår kontroll, ställer orimliga krav på den som lyssnar. Människor kan inte förväntas överge hela sin världsbild för att den som talar har en universitetsexamen. Istället måste man möta dem där de står. Därför föreslår jag en analogi: Att gå ner i vikt är ungefär som att hålla andan.

Håller man andan tillräckligt länge tappar man medvetandet och börjar andas automatiskt. Nästan ingen lyckas emellertid med det.⁵ Ändå är det en viljeakt; var och en som läser denna text kan när som helst bestämma sig för att försöka. Så hur kommer det sig att så få faktiskt lyckas? Det uppenbara svaret är: Det blir svårare ju längre man försöker. Det har sina biokemiska orsaker. När man slutar andas, ökar koldioxidhalten i blodet. Förändringen registreras av receptorer i hjärnan som signalerar till andningscentrum. Det ger upphov till lufthunger, och – efter hand – till stigande panik. Upplevelsen är så obehaglig att den används som tortyrmetod, genom så kallad skendränkning eller – på engelska – waterboarding. Hur bör man förklara det som händer, när någon kippar efter luft efter att ha hållit andan? Man skulle kunna uttrycka det som att människor helt enkelt inte kan fortsätta, när koldioxiden ökar förbi en viss punkt. Själv anser jag att det finns en bättre förklaring. I takt med att paniken stiger, framstår vårt ursprungliga motiv som allt mindre viktigt. Kanske ville man vinna ett vad, eller imponera på någon eller helt enkelt bara stilla sin nyfikenhet. Men efter en stund upplever man denna fruktansvärda känsla, och inser att det är upp till en själv att få slut på den. Därför börjar man andas.

På samma sätt är det med de överviktiga, som vill minska i vikt. De kan hålla sin diet i ett halvår, ett år eller kanske ännu längre. Men förr eller senare inser de att det är för jobbigt att leva med hungern, som är en effekt av deras hormonella klimat. Därför bryter de dieten.

Man kan tycka att det hela verkar hopplöst. Om så stora delar av vårt beteende påverkas av kemikalier i våra hjärnor, är det svårt att förstå hur någon skulle kunna lyckas med att gå ner i vikt. Men man kan också se det från det motsatta perspektivet. Om problemet med viktnedgång är biokemiskt, kan också dess lösning vara det.

⁵ Parkes MJ. Breath-holding and its breakpoint. *Exp Physiol*. 2006 Jan;91(1):1-15. doi: 10.1113/expphysiol.2005.031625. Epub 2005 Nov 4. PMID: 16272264.

Läkemedel mot fetma

Sedan ett drygt decennium finns det effektiva läkemedel mot övervikt och fetma. Ett gott exempel är Semaglutid, eller Ozempic som det också kallas. Det godkändes av det amerikanska läkemedelsverket år 2010.⁶ Till en början användes det mot typ 2-diabetes. Under studierna la man emellertid märke till att försökspersonerna rasade i vikt. Av en ren slump hade man funnit nyckeln till viktnedgång. Sedan några år finns liknande preparat på marknaden för just det ändamålet. Det mest effektiva heter Wegovy. Det tas som en injektion, dagligen eller en gång i veckan. Den genomsnittliga patienten går ner cirka 15 % av sin kroppsvikt under ett halvår.⁷ Jämfört med konventionella dieter är det att betrakta som något av ett underverk. Mycket tyder på att den genomsnittliga effekten av dieter till och med är negativ, det vill säga att de på längre sikt får personerna som följer dem att öka i vikt.

De mest effektiva preparaten på marknaden är så kallade GLP1-analoger. GLP1 står för Glucagon Like Peptide 1. Det redan nämnda proteinet tillverkas av kroppen efter matintag, då magsäcken töjs ut, och spelar stor roll för vår mättnadskänsla. En GLP1-analog är en syntetiskt framställd kopia av detta protein, som försöker efterlikna kroppens egen mättnadskänsla. Läkemedlets verkningsmekanism är trefaldig. De sänker blodsockret (1). Kroppen söker då andra energikällor, som fettförbränning. Hormonet minskar även aptiten (2), vilket gör det möjligt att gå ner i vikt utan hunger. Därtill fördröjer GLP1-analogerna magsäckens tömning (3). Den sistnämnda effekten påminner om en gastric bypass-operation; det blir svårare att äta för mycket samtidigt, eller att hetsäta som det ibland kallas.

GLP1-analoger som semaglutid är ett lysande exempel på hur man med hjälp av biokemisk kunskap kan tjuvkoppla kroppen till att lagra mindre energi. Läkemedlen representerar en helt ny generation av tänkande. Övervikt och fetma har tidigare hanterats av självhjälpsförfattare och livscoacher, som påstår sig ha funnit den perfekta dieten. Först nu har man tagit fram en vetenskaplig lösning. För att fortsätta på analogin mellan viktnedgång och att hålla andan, fungerar GLP1-analogerna ungefär som att tillföra syrgas till blodet. Det gör upplevelsen tolerabel.

I Sverige har användningen av GLP1-analoger för viktnedgång ökat markant under de senaste åren. Under en period var efterfrågan så stor att preparaten tog slut på apoteken. Trots den stora efterfrågan är GLP1-analogerna inte subventionerade för

⁶ "FDA Approves New Treatment for Type 2 Diabetes" (Press release). Food and Drug Administration. 25 January 2010.

⁷ Bergmann, NC, Davies, MJ, Lingvay, I, Knop, FK. Semaglutide for the treatment of overweight and obesity: A review. *Diabetes Obes Metab.* 2023; 25(1): 18- 35. doi:10.1111/dom.14863

viktnedgång. Patienterna måste därför bekosta sin behandling själva. Fyra veckors behandling med Ozempic kostar 1042,14 kr.⁸ Priset för Saxenda är 2490 kr/månad.⁹ Priset för Wegovy är 3800 kr för 4 veckor.¹⁰

Som en jämförelse kan man konstatera att de redan nämnda gastric bypass-operationerna kostar närmare 80 000 kronor då patienten betalar ur egen ficka. Den överväldigande majoriteten av ingreppen är emellertid skattefinansierade. I Sverige utförs drygt 5000 operationer mot fetma varje år, där gastric bypass är den vanligaste typen.¹¹ Det finns inget krav på att ha provat behandling med GLP1-analoger innan beslutet. Borde man inte åtminstone erbjuda patienten att välja mellan den farmakologiska åtgärden och den kirurgiska? Framför allt när det alternativ som finansieras faktiskt är dyrare än det man väljer bort.

Man kan fråga sig varför myndigheterna har tagit detta beslut. Fetma och övervikt är sannolikt landets största hälsoproblem. Varannan svensk är drabbad. Många överviktiga vill ingenting hellre än att gå ner i vikt. De har goda skäl att känna så; tillstånden medför hälsorisker och ett socialt stigma som är vetenskapligt dokumenterat. Det finns en lösning på problemet, men staten har valt att inte finansiera den. För att förstå varför måste man förstå hur läkemedelsförmåner i Sverige fungerar.

Läkemedelsförmåner i Sverige

När ett läkemedelsbolag har tagit fram en nytt preparat, som de vill få ut på marknaden, måste de kontakta myndigheterna för att få det godkänt. Vanligtvis vänder man sig direkt till EMA (European Medicines Agency). I samråd med medlemsländernas myndigheter – till exempel Läkemedelsverket i Sverige – gör EMA sedan en samlad bedömning. Det som utvärderas i detta steg är nytta-risk-balansen. För ett godkännande krävs att preparatets nytta överväger dess risker. Om läkemedlet är tänkt att behandla en farlig sjukdom, kan allvarliga biverkningar tolereras. När det gäller lättare åkommor är man mer försiktig. Kort sagt måste en

⁸ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets hemsida. Hämtat 2023-06-07. https://www.tlv.se/download/18.4fce50ab-17431524ba79aab/1598598614310/bes200827_rybelsus.pdf.

⁹ Läkemedelsvärdering: Liraglutid (Saxenda) vid övervikt/fetma, Janusinfos hemsida. Hämtad 2023-06-07. <https://www.janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/endokrinasyjukdomar/endokrinasyjukdomar/lakemedelsvarderingliraglutidsaxendavidovervikt/fetma.5.6081a39c160e9b3873110888.html>.

¹⁰ Fetmaläkemedlet Wegovy på svenska apotek redan inom någon vecka. Artikel i Läkartidningen. Anna-Cajsa Torkelsson. Hämtad 2023-06-07. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/05/fetmalakemedlet-wegovy-pa-svenska-apotek-re-dan-inom-nagon-vecka/>.

¹¹ Hälsa Oberoende av Storleks hemsida, hämtad 2024-11-20. (Faktasida om obesitasoperationer (hobs.se))

patient ha något att vinna på att ta preparatet. Kraven är lågt ställda; ett läkemedel som gör mer skada än nytta förtjänar knappt att kallas ett läkemedel. Detta faktum reflekteras i statistiken. När ett preparat har tagit sig så långt, är det ovanligt att det får avslag.

Det är viktigt att hålla i minnet att ett godkännande från EMA bara leder till en sak: Det blir lagligt att sälja preparatet. Men i EU har de flesta länder en sjukvård som är offentligt finansierad. Få patienter är därför beredda att betala ur egen ficka för läkemedel. I producentens synpunkt blir därför den relevanta frågan huruvida preparatet kommer att förses med förmån, det vill säga huruvida staten åtar sig att bekosta det. Den frågan avgörs av medlemsländerna.

I Sverige fattas beslutet av TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket). Så här går det till: Läkemedelsföretaget skriver en ansökan som de skickar till myndigheten. Den innehåller detaljerade uträkningar av vilka hälsovinster man kan förvänta sig per nedlagt krona. Nyttariskbalansen är redan avgjord av Läkemedelsverket och EMA, och behöver inte bevisas igen. Den relevanta frågeställningen är istället hur kostnadseffektiv behandlingen är. Myndigheten använder måttet QALY (Quality-Adjusted Life Year). Måttet tar hänsyn till både livslängd och livskvalitet. Om jag förlorar ett levnadsår, förlorar jag en QALY. Men om jag blir deprimerad under ett år, på ett sätt som sänker min livskvalitet med 25 %, förlorar jag en fjärdedels QALY. Måttet har flera problem, men är allmänt accepterat i forskarsamhället.

Under ansökningen har företaget ett intresse av att få sitt läkemedel att framstå som så prisvärt som möjligt. Samtidigt får de inte gå till överdrift. TLV gör nämligen sin egen kalkyl. Därför har företagen incitament att vara så sanningsenliga som möjligt. Om TLV:s kalkyl liknar företagets, blir läkemedlet godkänt. Om deras meningar går isär alltför mycket, blir det avslag.¹²

TLV och fetmaläkemedlen

Som exempel på ansökningsprocessen kan tas läkemedlet Saxenda (liraglutid). Företaget som äger patentet, danska Novo Nordisk, ansökte om förmån år 2020. De fick avslag. TLV utvärderade den genomsnittliga QALY-kostnaden för varje följsjukdom till fetma, och jämförde med priset på läkemedlet. Det kan tyckas som en ganska god metod. Genomgången är också mycket noggrant genomförd. Enligt mig har den emellertid vissa brister. Problemet med denna metod är (1) att fetma är en

¹² Så godkänns ett läkemedel, Läkemedelsverkets hemsida. Hämtad 2023-10-08. <https://www.lakemedelsverket.se/sv/tillstand-godkannande-och-kontroll/forsaljningstillstand/sa-godkannns-ett-lakemedel#hmainbody9>

riskfaktor för väldigt många sjukdomar, (2) att fetma orsakar kroppsligt lidande som inte går att hänföra till regelrätta sjukdomar och (3) att många av nackdelarna med fetma ligger utanför medicinens område – till exempel diskriminering på arbetsmarknaden eller vid val av partner.

Sannolikt är det dessa omständigheter som har lett till att GLP1-analogerna inte omfattas av förmånen. I synnerhet den tredje punkten är viktig, tror jag. Som liberal frestas man att skylla på TLV, och ta avslaget som ytterligare ett exempel på den allmänna ineffektiviteten i offentlig sektor. Problemet är emellertid större än så. Inte heller i USA omfattas preparaten av förmåner, trots att finansieringsmodellen är privat och sköts via försäkringsbolag. Kanske ligger förklaringen istället i tidsandan: Det finns – tror jag – en välspredd aversion mot att använda läkemedel mot något annat än sjukdomar. Det är ett intryck som förstärks när jag tar del TLV:s hälsoekonomiska analyser.

I TLV:s modeller tas enbart sådana kvalitetsförluster i beaktning som är en direkt följd av sjukdomar som hjärtattack, stroke, cancer eller dylikt. Det får oväntade konsekvenser för uträkningen. När TLV utvärderar den hälsoekonomiska nyttan av GLP1-analogen Saxenda framgår till exempel att den bästa anledningen att gå ner i vikt är att förebygga cancer i livmodern.¹³ Det är förvisso ett lovvärt syfte, men hur många som går på diet har egentligen det i åtanke? Och vad är det som driver också män att gå ner i vikt? Vi behöver ju knappast oroa oss för livmodercancer. Det är uppenbart att TLV:s och befolkningens bedömningar går isär när det kommer till varför det är dåligt med fetma.

Det finns i samhället ett bias mot att enbart sjukdomar ska behandlas med läkemedel. För att förstå det måste man förstå vad det innebär att något är en sjukdom.

Vad är en sjukdom?

Homosexualitet klassades fram till år 1979 som en sjukdom i Sverige. Det är lätt att håna det förflutna. Uppenbarligen var det stötande av myndigheterna att betrakta homosexualitet som en sjukdom, och därför bra att man ändrade uppfattning. Det viktiga är emellertid att förstå vad det var som orsakade förändringen. Beslutet föregicks av en kampanj där ett stort antal människor sjukanmälde sig till Försäkringskassan, med hänvisning till sin sexuella läggning. Sannolikt var det just detta som ledde till att diagnoskoden avskaffades.

¹³ Underlag för beslut om subvention, Saxenda (liraglutid). TLV, 2020. Hämtad 2023-06-09. Underlag för beslut om subvention (tlv.se)

Medicinshistorien är full av liknande berättelser. Fram till 1900-talet ansågs många kvinnor lida av en särskild form av emotionell känslighet – hysteri – till följd av en obalans i livmodern. I Sovjetunionen ansågs kapitalistiska sympatier vara en form av smitta. Också under vår egen tid finns säkert sådant som i efterhand kommer att framstå mindre som sjukdomar än som blott en form av beteende eller avvikande uppfattningar. Historien gör en ödmjuk.

Många människor som saknar medicinsk utbildning tror att det är en vetenskaplig fråga huruvida något är som en sjukdom. Kanske föreställer man sig att man genom laboratorieundersökningar eller röntgenbilder kan sluta sig till svaret. Innan jag själv började studera, antog jag nog att det var så det gick till. Så förhåller det sig emellertid inte, inser jag nu. Inom till exempel psykiatrin saknas helt sådana element, men ändå finns där gott om sjukdomar. Snarare än som produkter av vetenskapliga ansträngningar bör man betrakta sjukdomsetiketten som en språklig konvention. Ordet kommunicerar inga vetenskapliga upptäckter, utan har rent sociala funktioner. Till exempel anses det ofta att människor som lider av en sjukdom har rätt till läkemedel. Personer med ADHD har till exempel stor nytta av centralstimulantia, som hjälper dem att koncentrera sig. Somliga anser emellertid att ADHD inte är en sjukdom. Ofta tas det för givet att om ADHD inte är en sjukdom, har patienterna heller inte rätt till läkemedel. Många läkare har därför svårt att förstå hur man kan påstå att ADHD inte är en sjukdom, när så många av deras patienter har fått bättre liv av sina läkemedel. Det ena följer emellertid inte logiskt ur det andra. Självt anser jag att alla som har nytta av ett läkemedel borde erbjudas det. Ordet "sjukdom" är – som vi har sett – en godtycklig kategori, och har därför ingen bäring på etik och moral. Vad vi borde bry oss om är istället hur vi på bästa sätt kan hjälpa våra medmänniskor. Om man med hjälp av läkemedel kan underlätta livet för personer med fetma, bör man göra det. Oavsett om fetma är en sjukdom eller inte.

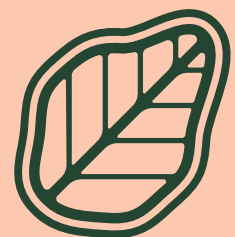
Slutsatser

När jag började studera medicin höll jag tre saker för sannolika: (1) Fetma är en följd av människors karaktär, (2) överviktiga personer behöver bara bestämma sig och (3) fetma kräver inga läkemedel eftersom det inte är en sjukdom. Jag har nu insett att alla tre antaganden var felaktiga. Fetma är en följd av det biokemiska klimatet, det räcker inte att bestämma sig och det finns effektiva läkemedel. I framtiden – hoppas jag – kommer människor att erbjudas dessa preparat, som en självklar del av vården.

Environment and Public Institute är en idéburen tankesmedja som värnar den fria marknaden och den fria forskningen. Ephi publicerar rapporter om aktuella ämnen inom folkhälsa och miljö.

På ephi.se kan du läsa samtliga publikationer.

www.ephi.se



ephi 