

# Viktväktarnas program utvecklas kontinuerligt

Carl-Erik Flodmark skriver i sin replik på mitt inlägg om Viktväktarnas program i Läkartidningen 32-33/96 att han har »tillgång till Viktväktarnas normalvärden för barn där högsta målvikten för flickor vid 11 år är BMI=18,2», men han nämner inte det blad ur Viktväktarnas konsulenters handledning jag sänt honom där det står att Viktväktarna »har inga målvikter för barn och ungdomar under 18 år», »vidare att »de som är under 16 år skall ha läkarintyg med rekommenderad målvikt».

## Bygger på gammalt material

Det bladet är daterat 940801. De tabeller Flodmark synes ha ett exemplar av har inte använts sedan kravet om läkarintyg blev ovillkorligt i april 1991.

Det är sålunda i första hand de läkare som vill utnyttja Viktväktarna som skall ta åt sig Flodmarks riktlinjer för målvikter för barn med och utan hereditet. Viktväktarna måste givetvis följa läkarnas ordinationer. Barn i åldern 10-15 år utgör för övrigt mindre än en halv procent av medlemsantalet, så verkligheten bakom Flodmarks formulering »meddelas fortfarande våra patienter» kan bara utgöras av en handfull felinformerade föräldrar, i sig allvarligt, men sannolikt oundvikligt.

Att Flodmark bygger sin kritik till väsentlig del på gammalt material framgår vidare av hänvisningen till »broschyrmaterial om Quick Start-programmet». Det gällde 1985-1986, sedan kom Quick Start Succé för 1987-1988 och Quick Start Plus 1989-1990. Programmen omarbetas nämligen vartannat år, och under mellanliggande år sker enbart revideringar. Helt nya program har introducerats 1991, 1993 och 1995, och nästa kommer således 1997. Den vidareutveckling som Flodmark efterlyser för Viktväktarna har sålunda pågått kontinuerligt sedan starten för 25 år sedan.

## Överviktiga undervårderar vad de äter

Flodmark har gjort en kostberäkning för patienter under

15 år »som uppges följa Viktväktarnas rekommendationer» och hamnat på 800 kcal. Vid institutionen för klinisk näringslära i Göteborg finns en massiv erfarenhet av och vetenskaplig dokumentation om att överviktiga undervårderar sin konsumtion [1]. Vi är inte ensamma om den slutsatsen men är bland de få som dokumenterat det med objektiva mätmetoder. Jag menar att den verkliga konsumtionen för de barn Flodmark syftar på var klart högre än 800 kcal. Institutionen har också stor erfarenhet av hur svårt det är att ändra kostvanor och hur lätt vägledning därom kan missförstås.

Viktväktarna har som sagt mycket få medlemmar i åldern 10-18 år, och inte heller i den senaste publikationen om långtidsresultat [2] finns några data för dessa åldrar. Viktväktarna har givetvis ingen anledning att ifrågasätta Flodmarks större kompetens när det gäller behandling av barnfetma.

*Björn Isaksson*  
professor emeritus i klinisk näringslära,  
Viktväktarnas medicinska konsult, Ljungskile

## Referenser

1. Hultén B, Bengtsson C, Isaksson B. Some errors inherent in a longitudinal dietary survey revealed by the urine nitrogen test. *Eur J Clin Nutr* 1990; 44: 169-74.
2. Christakis G, Miller-Kovach K. Maintenance of weight goal among Weight Watchers lifetime members. *Nutr Today* 1996; 31(1): 29-31.

## Slutreplik om viktväktarnas program!

Viktväktarna har förändrat sina rekommendationer. Jag är kritisk till deras nuvarande system där man ger otillräcklig information till inremitterande.

Det kan vara svårt för den enskilde att hinna följa den snabba utvecklingen inom fetmaforskningen. Det är tex först nyligen som rekommendationer börjat utkristallisera sig bl a i de brittiska normal-

## KORRESPONDENS

kurvorna [1]. Där rekommenderas behandling vid svår övervikt oavsett ålder, medan våra erfarenheter talar för en annan strategi redovisad i *Läkartidningen* 24/96.

Det är därför rimligt att Viktväktarna tillsammans med medicinsk expertis klarare anger riktlinjer för de läkare som remitterar.

Målvikten får inte ligga för lågt hos barn, då risk finns för rekyleffekter både fysiologiskt [2] och psykologiskt [3].

Björn Isaksson hänvisar till att programmet revideras, men bemöter inte kritiken att vuxna kvinnor fortfarande rekommenderas 1 000 kcal per dag, med risk att tonåringar i sin iver tar efter ett för dem olämpligt program [4].

## Bör diskuteras offentligt

Huvudkritiken är således att viktväktarnas program inte diskuteras offentligt i t ex vetenskapliga tidskrifter [4], vilket ju gör det svårt för läkarkåren att veta vilka patientgrupper som är bäst lämpade att skicka. Det är speciellt viktigt att bortfallet redovisas. Vidare behöver ett bra åtgärdsprogram även kompletteras med motion i form av råd eller ännu hellre praktisk verksamhet. Det finns här utrymmen för viktväktarna att samverka med olika friskvårdsorganisationer.

Slutligen menar Isaksson att de barn vi studerat ätit mer i hemlighet och på så sätt följt viktväktarnas program bättre (!) Han refererar då till en studie av medelålders kvinnor. Vålgjorda studier finns som motsäger att överviktiga undervårderar sin konsumtion i tonåren [5]. Detta tyder på att hans slutsatser kanske inte gäller barn, vilket också stämmer med våra kliniska erfarenheter.

Vi vinnlägger oss vidare om en icke-fördömande terapeutisk hållning, vilket förhoppningsvis förbättrar kvaliteten på kostanamnesen [3, 6].

Viktväktarna har mycket få medlemmar i åldern 10-18 år. Eftersom denna folksjukdom tilldelas lite resurser av sjukvården i förhållande till andra kroniska sjukdomar, är alla insatser värdefulla. Varför inte samverka mer med forskare på området och lägga upp program tillsammans med friskvårdsorganisationer? Behandling av övervikt är svårt, speciellt om fokus läggs på de med

hereditet. Viktväktarna accepterar ju kvinnor med endast 3 kg övervikt [4]. Denna grupp torde inte vara lika svårbehandlad som den vi vill fokusera, nämligen svårt överviktiga barn med stor risk att (för)bli överviktiga vuxna. Är viktväktarna beredda att anta utmaningen?

*Carl-Erik Flodmark*  
med dr, barnhälsovårdsöverläkare, Barncentrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

## Referenser

1. Cole TJ, Freeman JV, Preece MA. Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Arch Dis Child* 1995; 73: 25-9.
2. Leibel R, Rosenbaum M, Hirsch J. Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *N Engl J Med* 1995; 332: 621-8.
3. Flodmark CE, Ohlsson T. Fokus på fetma i familjen. I: Hansson K, Sundelin J, red. Familjeterapi tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur, 1995: 54-74.
4. Leander G. Lönsam affärsidé och folkrörelse. *Läkartidningen* 1996; 93: 1634-5.
5. Myers RJ, Klesges RC, Eck LH, Hanson CL, Klem ML. Accuracy of self-reports of food intake in obese and normal-weight individuals: effects of obesity on self-reports of dietary intake in adult females. *Am J Clin Nutr* 1988; 48: 1248-51.
6. Tomm K. Systemisk intervju-teknik. Stockholm: Mareld. 1989.

## Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.