Dags att doktorn börjar väga och mäta!

Stort midjemått oberoende riskfaktor

»Slipsen för bukfeta» görs i brons eller ek av artikelförfattaren Melcher Falkenberg.

Fetman är en kronisk sjukdom [1]. Den är dessutom en negligerad sjukdom [2]. Obesa personer bemöts dessvärre även fördomsfullt [3].

Varför sätter vi i sjukvården inte diagnosen fetma E 66? Jo, helt enkelt därför att man saknar våg och måttstock i undersökningsrummen och för att sjukdomsbegreppet ännu inte vunnit gehör. Att doktorn själv väger och mäter sin patient skapar en förtroendefylld relation och gör det möjligt att omgående motivera patienten att börja gå ner i vikt eller förhindra utveckling av övervikt och fetma. Med »BMI-snurror» – ett nytt tidsbesparande hjälpmedel – klassas patienten enkelt som normalviktig (kroppsmasseindex BMI 18,5–24,9), överviktig (BMI 25,0–29,9) eller obes (BMI ≥ 30,0). Vid tveksamhet tar man miniräknaren i bruk, och vikten i kg divideras med längden i meter i kvadrat.

Våg i alla undersökningsrum

Vid vårdcentralen i Kisa i södra Östergötland genomfördes för ett par år sedan en standardiserad vägning av befolkningen över 20 års ålder. 91 procent deltog [4-6]. Vågar finns sedan dess i samtliga undersökningsrum. Detta har skapat ett naturligt förhållningssätt till vägning med vågen lätt tillgänglig. Tidigare var övervikt och fetma ett nästan tabubelagt ämne att tala om – nu tar patienten oftast själv initiativet både till samtal om detta samt till vägning.

Slutanteckningar från vårdtillfällen på sjukhus för obesa patienter innehåller ytterst sällan diagnosen obesitas E 66, trots att patienten vårdats eller opererats för dess följdsjukdomar. Det borde bli regel att patientens vikt noteras först i sammanfattningen av laboratoriedata i slutanteckningen. Detta borde vara en självklarthet i de fall där överviktens följdsjukdomar orsakat vården.

Vad som genomgående saknas i bukstatus inom vården är midjemåttet. Bukomfång mäts med patienten i stående och efter utandning, mitt emellan revbensbågen och höftbenskammen. Mer än 102 cm hos män och mer än 88 cm hos kvinnor utgör en riskfaktor för hjärt–kärlsjukdom och diabetes typ 2 [1]. Bukfetma är dessutom en oberoende riskfaktor [7]. Risken är således förhöjd även hos normalviktiga, något som kan skapa motivation att inte bli överviktig.

Hur ofta ställs diagnosen obesitas, och hur ofta vägs patienterna i primärvården? En enkätundersökning vid samtliga 41 vårdcentraler i Östergötland genomfördes, med utdrag ur datajournalens diagnosregister för alla patienter med diagnosen obesitas. Förväntat antal obesa beräknades efter Statistiska centralbyråns data från »Undersökning av levnadsförhållanden» för 1988, varvid 9 procent av kvinnor och 6 procent av män befanns vara obesa.

Obesitas underrapporteras

Befolkningen i Östergötland 1997/1998 var 414 360 invånare, varav 207 919 var kvinnor. Det förväntade antalet obesa var 18 712 kvinnor och 12 386 män, totalt 31 098. Endast 949 (3 procent) hade emellertid fått diagnosen obesitas. Man kan förvänta sig att personer med obesitas är högkonsumenter av sjukvård, varför siffran är anmärkningsvärt låg.

Som exempel på diagnos med stark koppling till fetma studerades diabetes typ 2. Vid vårdcentralen i Kisa behandlas 99 procent av patienterna med diabetes typ 2 från upptagningsområdet. 30 procent av dessa är obesa. 1997/1998 fick 12 132 personer med diabetes typ 2 sin vård vid länets samtliga vårdcentraler. Av dessa borde 30 procent, dvs 3 640, också ha haft diagnosen obesitas – men som nämnts hade totalt endast 949 fått det. Slutsatsen blir att vi underrapporterar den kroniska sjukdomen obesitas även när vi är väl medvetna om kopplingen till diabetes typ 2.

I enkäten ställdes en fråga till chefsöverläkarna på Östergötlands 41 vårdcentraler om distriktsläkarna själva väger, mäter och räknar ut BMI. 54 procent svarade ja, de övriga angav att de hänvisade till annan personal på vårdcentralen eller dess laboratorium för vägning. Det fanns specialvåg för extremt överviktiga vid 39 procent av vårdcentralerna och kvalitetssäkring av alla vågarna på 34 procent av vårdcentralerna.

Låt vikt och midjemått väga tyngre, doktorn!

Låt oss börja väga och ge vikten och midjemåttet den status de bör ha om vi skall kunna förhindra fetmabomben att explodera [8]. Tillgången på vågar måste ökas, specialvåg för extremt överviktiga skall finnas tillgänglig, och vågarna måste kvalitetssäkras. Det är av största vikt att doktorn visar sitt intresse!

Författare

MELCHER FALKENBERG
docent, distriktsläkare, vårdcentralen, Kisa.

Referenser

1. Obesity – prevention and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3–5 June 1997. Geneva: WHO/NUT/NCD Publication 98.1 1998.
2. Björntorp P. Obesity. Lancet 1997; 350: 423-6.
3. Crandall C, Schiffhauser K. Anti-fat prejudice: Beliefs, values and American culture. Obes Res 1998; 6: 458-60.
4. Falkenberg M. Övervikt – en riskfaktor för typ 2 diabetes. Primärprevention enligt Kisamodellen. AllmänMedicin 1996; 17: 273-6.
5. Falkenberg M. Primärvårds- och populationsbaserad tertiär-, sekundär- och primärprevention avseende typ 2 diabetes. Kisamodellen. Socialmedicinsk Tidskrift 1997; 74: 74-6.
6. Falkenberg M. Steps towards the prevention of obesity and associated complications. Int J Obesity 1999; 23: Suppl 4: 21-2.
7. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean MEJ. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. BMJ 1995; 311: 1401-5.