

SBU om övervikt och fetma:

Stark ökning av överviktens följsjukdomar

■ Under de senaste årtiondena har andelen människor med fetma ökat markant på många håll i världen. Kroppsmasseindex, »body-mass index« (BMI), har som mått vissa brister, i synnerhet när det gäller att bestämma fetma hos barn. Det underskattar grad av övervikt för det kortväxta barnet och över-skattar övervikt för det långväxta. BMI tar vidare inte hänsyn till den relativa andelen av fett och muskler, inte heller till hur fettet är fördelat i kroppen. Detta är en klar svaghet, i synnerhet som senare års forskning visat att riskerna för fetmarelaterade sjukdomar är väsentligt större när fettmassan är lokaliserad till bålen och till fettdepåer inne i buken. Ett enkelt och informativt mått på den totala mängden buk fett är midjeomfånget. En annan vanlig metod är att bestämma midjeomfånget i förhållande till höftomfånget, den s k midja-höftkvoten.

I de studier som granskats i SBU-rapporten har man oftast tillämpat BMI-måttet, viktnedgång i kilo eller viktnedgång i procent av ursprunglig vikt.

Definitionen av fetma grundas på studier av riskerna för olika fetmarelaterade sjukdomar. Riskerna för allvarliga följsjukdomar ökar markant vid ett BMI omkring 30. Det finns argument för, men också emot, att betrakta fetma som sjukdom. Den projektgrupp som arbetat med SBU-rapporten definierar fetma som sjukdom. Fetma kan dock förekomma även utan allvarliga följsjukdomar eller invalidiserande tillstånd. En riskfaktor leder inte nödvändigtvis till sjukdom hos den enskilde.

Orsaker och risker

Många olika faktorer är inblandade i utvecklingen av fetma, bl a en kombination av livsstil, miljöfaktorer och arv. Det biologiska arvets starka roll i sammanhanget har påvisats i studier av tvillingar och adoptivbarn. Oavsett om enäggstvillingar växer upp i samma hem eller i skilda miljöer visar de som vuxna stora likheter i kroppsvikt och fettmassa. Adoptivbarn utvecklar fetma på samma sätt som de biologiska föräldrarna, inte som adoptivföräldrarna. Vilka gener som reglerar detta är

SAMMANFATTAT

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har nyligen utkommit med en rapport om övervikt och fetma. På denna och efterföljande sidor publiceras en av Läkartidningens redaktion förkortad version av rapporten. Dess slutsatser inkluderar bl a:

Fetma – särskilt om den är lokaliserad till buken – medför en ökad risk för diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och ledsjukdomar. Sambandet mellan fetma och vissa cancersjukdomar är mycket starkt.

Beteendeterapi i samband med förändringar av kost och motion kan ge effekter på vikten om stödinsatserna pågår under lång tid. Läkemedelsbehandling kan förstärka effekten. Det är angeläget att utveckla och utvärdera långsiktig behandling som syftar till bestående viktnedgång.

Kirurgisk behandling kan vara aktuell för patienter med svår fetma.

Genom att även åtgärda andra riskfaktorer – även om viktnedgången inte lyckas – kan riskerna med fetma reduceras. Exempel på sådana insatser är ökad fysisk aktivitet, rökstopp samt förbättrad kontroll av diabetes, högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

Samhällets kostnader för fetma och fetmans följsjukdomar är höga.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

huvudsakligen okänt. Olika ärftliga förutsättningar kan emellertid vara en förklaring till varför vissa personer, men inte andra som lever under samma förutsättningar, utvecklar fetma.

Den ökning som skett av förekomsten av fetma i Sverige under de senaste decennierna kan dock inte förklaras av genetiska faktorer utan beror på förändringar i livsstilen rörande kostvanor och fysisk aktivitet. Sociala faktorer kan också påverka utvecklingen av fetma. Fetma hos både barn och vuxna är betydligt vanligare bland dem som har sämre socioekonomiska förhållanden.

Övervikt medför inte nödvändigtvis några hälsoproblem. Vid fetma, åtminstone före 65 års ålder, föreligger dock en klar ökning av risken för olika sjukdomar och förtida död, särskilt vid bukfetma. De följsjukdomar som är vanligast är typ 2-diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, gallsten, sömnapné, ledbesvär, vissa cancersjukdomar och barnlöshet.

Rapportens uppläggning och innehåll

SBU-rapporten granskar det vetenskapliga underlaget för i huvudsak medicinska åtgärder mot fetma. Den redovisar de resultat man uppnått i studier av olika strategier för att förebygga och behandla fetma. Genom sökning i olika databaser för vetenskaplig litteratur publicerad under perioden 1966–2002 har projektgruppen identifierat sammanlagt 2 600 publikationer som innehållit någon aspekt på åtgärder mot fetma. Till grund för de slutsatser som framförs ligger närmare 300 studier. Alla dessa håller dock inte likvärdig vetenskaplig kvalitet. Slutsatsernas styrka, evidensstyrka, definieras huvudsakligen enligt följande:

Evidensstyrka 1: Starkt vetenskapligt underlag; minst två studier med högt bevisvärde.

Evidensstyrka 2: Måttligt starkt vetenskapligt underlag; en studie med högt och minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 3: Begränsat vetenskapligt underlag; minst två studier med medelhögt bevisvärde.

II Förebyggande åtgärder

De studier som gjorts av möjligheten att påverka kroppsvikten i en befolkning har med nödvändighet innefattat relativt begränsade insatser. Ofta har studierna ingått som en del i kampanjer för att minska högt blodtryck, rökning, kolesterolnivå i blodet och andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Basen för programmen utgörs av information om betydelsen av lämplig kost och ökad motion samt annan hälsoinformation. Samtidigt mäter man och värderar vilka variabler som förändras även i en kontrollgrupp eller ett referensområde som inte får denna information.

Studier om effekten av förebyggande åtgärder för barn och ungdom är ofta upplagda så att vissa skolor ger undervisning, råd och stimulans till goda kostvanor och fysisk aktivitet, medan andra skolor utgör kontrollgrupp.

Förebyggande av fetma hos vuxna ...

Tolv studier uppfyllde rapportens kvalitetskrav. I dessa studier var målet att förebygga hjärt-kärlsjukdomar, endast i begränsad omfattning att motverka uppkomsten av fetma. Fem studier hade lågt bevisvärde, fem hade medelhögt; endast två studier hade högt bevisvärde. I den svenska Norsjöstudien uppnåddes inga gynnsamma effekter avseende utvecklingen av fetma. I stort sett har likartade resultat framkommit i fem stora nordamerikanska studier. Två av dessa visar emellertid att den viktökning som regelmässigt sker i många befolkningar var något lägre i de städer där interventionsprogram genomfördes än i kontrollstäder. I en region i Israel resulterade

ett ambitiöst upplagt preventionsprogram i minskad förekomst av övervikt.

I de flesta befolkningsinriktade förebyggande program som utvärderats vetenskapligt har man således inte haft några gynnsamma effekter på förekomsten av fetma.

... och hos barn och ungdom

På detta område återfanns 13 kontrollerade studier. Sju av dessa hade högt eller medelhögt bevisvärde; alla involverade skolbarn från 5 års ålder och uppåt. De flesta innefattade program för att stimulera fysisk aktivitet och goda matvanor. Några av studierna hade också inslag riktade direkt till barnens föräldrar. Uppföljning gjordes efter två till fem år.

Det mest relevanta effektmåttet, dvs andelen barn med övervikt och fetma, användes i endast två av studierna. I den ena studien förelåg ingen skillnad mellan försöks- och kontrollgrupp, i den andra uppnåddes en minskning av andelen överviktiga flickor men ingen förändring bland pojkar. I övriga studier följdes medel-BMI. Detta minskade i två av studierna men påverkades inte i de övriga tre studierna med medelhögt bevisvärde. Totalt erhöles alltså ett positivt resultat i tre studier och avsaknad av effekt i fyra av de sju bästa studierna. Därför kan inga säkra slutsatser dras. I flera studier noterades förbättrade blodfettssnivåer och sänkt blodtryck.

Sammanfattningsvis har de flesta studier om förebyggande åtgärder mot fetma inte haft några gynnsamma effekter. Det finns dock exempel på program bland både vuxna och barn där man erhållit upp till något kilos minskning av medelvikten. Även till synes måttliga framgångar i påverkan på medelvikten i en befolkning kan innebära stora effekter på förekomsten av fetma. Det är därför synnerligen angeläget att utforma och utvärdera nya strategier anpassade för den svenska befolkningen, t ex genom bättre insatser för att grundlägga goda matvanor i småbarns- och skolåldern och genom att öka intresset för fysisk aktivitet. Därtill kan insatser på samhälls nivå (t ex skatte- och prispolitiska åtgärder) behöva prövas.

II Behandling

Grunden för all behandling av fetma är övergång till en kost som innehåller mindre energi. Det är därvid centralt att fettinnehållet begränsas. Ofta kombineras kostrådgivning med rekommendationer om regelbunden motion, eftersom det leder till ökad energiförbrukning. Läkemedel kan komma ifråga som tilläggsbehandling hos vuxna. Behandling med speciella proteinpreparat medför en kraftig minskning av energiintaget och ger därmed en mer markant viktnedgång på kort sikt än andra metoder.

För att behandling av fetma skall kunna bli framgångsrik måste den vara långvarig, och patientens vilja måste vara stark. Tidigare behandlingsstrategier har utgått ifrån att kortvariga insatser skulle kunna få bestående effekter. Det verkliga problemet är emellertid att bibehålla den viktnedgång som, med olika metoder och ofta med stora ansträngningar, kan åstadkommas under kortare perioder. Idag saknas säkra kunskaper om huruvida långvarig behandling och uppföljning kan ge bättre och mer bestående effekter än de metoder som hittills studerats.

Behandling av fetma hos vuxna ...

Kostbehandling. I 25 studier framgick att viktnedgång på mellan 3 och 10 kg kan åstadkommas med energireducerad kost under en ettårsperiod (Evidensstyrka 1). Ersättning av ett eller flera huvudmål med specialprodukter som mjölk- eller sojabaserade drinkar kan förstärka viktnedgången (Evidensstyrka 2). I de få studier som följer viktutvecklingen under

längre tid, upp till fem år, noteras en återgång mot ursprungsvikten i de flesta fall (Evidensstyrka 2).

Kolhydratrik kost i fri mängd (dvs minst 50–55 energiprocent kolhydrater och högst 30 g energiprocent fett motsvarande högst 60–75 g fett per dag) kan ge några kilos viktnedgång på sex månader. Mer uttalad energirestriktion, där mängden fett vanligen begränsas till 20–30 g per dag, ger snabbare vikt-nedgång men är svårare att tolerera under längre tid. Riklig mängd frukt och grönsaker bidrar till lågt fettinnehåll och låg energitäthet. Proteinrik kost, med mera fisk, magert kött och magra mjölkprodukter, förefaller befrämja vikt-nedgång, sannolikt främst beroende på att mättnadskänslan ökar. Tillgängliga studier ger inget stöd för att laktovegetarisk kost leder till bättre vikt-reduktion än blandkost med samma energinnehåll.

Tre studier utvärderar effekten av särskilda kostfibertillskott. Skillnaderna mellan aktiv grupp och kontrollgrupp uppgår som bäst till några kilo under sex månader till ett år, men den slutsatsen är osäker. Studier av långtidseffekter saknas. I allmänna svenska kostråd anges att fiberintaget bör öka på grund av andra hälsobefrämjande effekter.

Lågenergikost bestående av »proteinpreparat« med tillsats av essentiella fettsyror, mineralämnen och vitaminer kan under några veckor utgöra hela energiintaget. Gångse behandlingsperiod är tolv veckor, någon gång upp till 16 veckor. I början uppnås en betydande vikt-nedgång, ofta på 15–20 kg, som är större än med konventionell energireducerad kost. Tendensen till återgång av vikten är stark sedan behandlingen upphört. I studier under ett till två år har en bibehållen vikt-nedgång på ett par kilo mer än vid enbart kostbehandling noterats (Evidensstyrka 3).

Helsvält användes under 1960- och 1970-talen som behandlingsalternativ framför allt vid svår fetma. Metoden innebär en till flera veckor med total fasta, fränsett vätska, mineralämnen och vitaminer. Det vetenskapliga underlaget för helsvält är svagt; metoden är inte längre i bruk, främst på grund av att även muskelmassan minskar starkt vid helsvält.

Beteendeterapi. I tre randomiserade kontrollerade studier har man sökt analysera effekterna av olika former av beteendeterapi. I en studie med högt bevisvärde ledde beteendeterapi, i kombination med olika former av kostrådgivning/behandling, till en måttlig men signifikant större vikt-nedgång än i kontrollgruppen. I två andra studier (med medelhögt bevisvärde) fann man inga signifikanta skillnader i vikt-nedgång efter ett till två år. Några säkra slutsatser kan inte dras.

Fysisk aktivitet. Ökad fysisk aktivitet har i de granskade studierna bestått huvudsakligen av promenader, för yngre personer även jogging. Fyra studier, varav två med högt bevisvärde, belyser effekten av fysisk träning som tillägg till traditionell kostbehandling. En större vikt-nedgång, i genomsnitt omkring 4 kg inom ett år, kunde uppnås i träningsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna (Evidensstyrka 1). Ökad fysisk aktivitet som enda åtgärd vid fetma är dock väsentligt mindre effektiv än gångse kostbehandling (Evidensstyrka 3).

Det är inte säkerställt om regelbunden fysisk aktivitet kan motverka den viktuppgång som regelmässigt sker inom ett till två år efter framgångsrika åtgärder mot fetma.

Läkemedelsbehandling. I Sverige finns för närvarande två läkemedel godkända för vikreduktion, nämligen orlistat (Xenical) och sibutramin (Reductil). I rapporten har nio studier av läkemedel granskats. Sex avser behandling med orlistat och omfattar sammanlagt ca 2 500 patienter på aktiv terapi. De har medelhögt bevisvärde vad avser effekterna efter ett års behandling. Två av fyra studier med resultat även efter två år har lågt bevisvärde på grund av stora bortfall. I genomsnitt upp-

gick viktnedgången efter ett år till 8 kg (6–10 kg) efter behandling med orlistat, till 5 kg (4–6 kg) i de grupper som behandlades med placebo (Evidensstyrka 2).

Tre studier av sibutramin (totalt ca 1 400 aktivt behandlade) har alla medelhögt bevisvärde. Efter omkring ett år medför sibutramin enligt två studier en viktnedgång som är omkring 4 kg större än i placebogrupperna. I den största studien var viktnedgången efter två år mer än 5 kg större än i kontrollgruppen (Evidensstyrka 2).

De biverkningar som förknippas med orlistat är knutna till medlets verkningsmekanismer. Diarré, som uppträder vid intag av alltför mycket fett, är ett tecken på bristande följ-samhet till kostråden. Sibutramin ger en mindre blodtryckssänkning än vad som kan förväntas på grund av vikt-nedgången.

Både orlistat och sibutramin ger således en dokumenterad vikt-reduktion på 2–5 kg mer än i kontrollgruppen vid upp till två års behandling. Effekten på fetmarelaterad sjuklighet och dödlighet är okänd.

Kirurgisk behandling. Kirurgisk behandling mot fetma kan vara aktuell för människor med svår fetma, och endast då andra behandlingsförsök inte har gett resultat. En allmänt accepterad gräns för kirurgisk behandling är BMI >40. I speciella fall kan kirurgi vara aktuell även vid något lägre grad av fetma. Sjutton randomiserade studier samt ett stort antal långtidsuppföljningar (minst fem år) har utvärderats. Femton icke-randomiserade, jämförande studier bidrar till slutsatserna, liksom vissa resultat från en pågående icke-randomiserad men kontrollerad matchad studie (den svenska SOS-studien).

Det finns ett tiotal olika kirurgiska metoder för operation av fetma och flera varianter av respektive metod. Av de kirurgiska metoder som tillämpas i Sverige har »gastric bypass« den starkaste vetenskapliga dokumentationen och den bästa effekten på vikt-nedgång (Evidensstyrka 1).

Kirurgisk behandling av personer med svår fetma ger större vikt-nedgång än idag utvärderade icke-kirurgiska metoder för denna patientgrupp. Upp till fem år efter operationen är vikt-nedgången 50–75 procent av övervikten före operation, vilket innebär 30–40 kg hos en person med 125 kg vikt och kroppslängd på 170 cm (Evidensstyrka 1). I en tioårsuppföljning av SOS-studien har man funnit att den kvarvarande viktnedgången i genomsnitt är 16 procent av ursprungsvikten, vilket motsvarar i medeltal mer än 20 kilos bestående vikt-nedgång tio år efter kirurgisk behandling. I kontrollgruppen noterades ingen vikt-nedgång.

Vikt-nedgång har en positiv effekt på hälsorelaterad livskvalitet (Evidensstyrka 2). Vid kraftig viktnedgång efter kirurgi minskar nyinsjukandet i diabetes markant och blodsockernivån normaliseras nästan helt hos personer med svår fetma och typ 2-diabetes (Evidensstyrka 1). Det är idag okänt huruvida vikt-nedgång med kirurgi vid svår fetma leder till minskad dödlighet eller färre insjuknanden i hjärtinfarkt och slaganfall. Kirurgisk behandling av fetma ökar dock inte den totala dödligheten under åtta till tio år. Dödligheten i samband med det kirurgiska ingreppet är i Sverige under 0,5 procent; komplikationer vid det första vårdtillfället uppträder hos upp till 15 procent. Hos ca 2 procent av de nyopererade är komplikationerna av sådan art att akut omoperation krävs.

Hos personer med svår fetma har kirurgisk behandling således en väl dokumenterad positiv långtidseffekt på vikt, livskvalitet och sjuklighet i diabetes.

Alternativmedicinsk behandling. Det finns ett relativt stort antal metoder och medel utanför det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet som används för att behandla fetma. Mer än 500 artiklar har identifierats som rör olika alternativa behandlingsmetoder. Totalt elva studier uppfyllde minimikravet för

vetenskaplig dokumentation. Där ingår behandling med akupunktur, hypnos, aromaterapi och kromberikat kosttillskott. Den sammantagna bedömningen var att det saknas evidens för alternativmedicinska metoders effekt vid behandling av fetma.

... och hos barn och ungdom

Tjugo studier återfanns som uppfyllde minimikriterierna avseende behandling med kost, motion och beteendemodifikation. I tre studier jämfördes behandlingsgrupperna med kontrollgrupper som inte fick någon behandling alls. Behandlingsgrupperna minskade i vikt med omkring 10 procent, medan kontrollgrupperna varierade i vikt mellan $\pm$ 3 procent (Evidensstyrka 3). I fem studier företogs långtidsuppföljning mellan tre och tio år efter behandling. I några av dessa studier konstaterades en viss, men blygsam, kvarstående viktminskning, medan detta inte kunde observeras i andra studier. Underlaget är otillräckligt för slutsatser.

För extremt överviktiga ungdomar har kirurgi gett positiva behandlingsresultat, men bristen på adekvata studier gör att inga säkra slutsatser kan dras. Behandling med lågenergi-kost kan tillämpas även för barn och ungdomar, men värdet av denna behandling på längre sikt än några månader kan inte bedömas. En snabb viktnedgång kan påverka långdtillväxten, åtminstone på ett års sikt. Såväl höjd som sänkt självkänsla efter lyckad respektive misslyckad behandling har rapporterats.

II Effekter av viktreducerande behandling

... på livskvalitet

I den vetenskapliga litteraturen återfanns 27 studier som belyser frågan om livskvalitet i relation till fetma. Vid fetma föreligger klart sämre livskvalitet, jämfört med befolkningen i genomsnitt, avseende fysisk funktion, allmänt hälsotillstånd och vitalitet (Evidensstyrka 1). Sambandet är starkare vid annan samtidig sjuklighet, vid mer uttalad fetma och om personen sökt sjukvård (Evidensstyrka 2). I många fall är livskvaliteten sämre vid svår fetma än för patienter med andra allvarliga, kroniska sjukdomar (Evidensstyrka 3).

Livskvaliteten förbättras vid viktnedgång. Ju större vikt-nedgång desto bättre livskvalitet (Evidensstyrka 2). Påtagliga förbättringar kunde uppmätas hos personer med svår fetma som opererats och erhållit en kraftig och långvarig vikt-nedgång (Evidensstyrka 2). Osäkra korttidseffekter på livskvaliteten under kortare tid än ett år finns rapporterade, men underlaget är inte tillräckligt för slutsatser.

... på fetmarelaterade sjukdomar och tillstånd

En vikt-nedgång på 5–10 kg hos personer med fetma eller övervikt som även har typ 2-diabetes resulterar i förbättrad blodsockerkontroll, vanligen under sex till högst tolv månader (Evidensstyrka 3). Därefter är effekten blygsam, vilket beror dels på att vikt-nedgången inte kan behållas, dels på diabetes-sjukdomens naturliga förlopp. Med den betydande och bestående vikt-nedgång som kan åstadkommas med hjälp av kirurgi för personer med svår fetma får en stor andel av patienterna normalt blodsocker och kan sluta medicinera (Evidensstyrka 2).

Med en enkel undersökning (glukosbelastning) kan man identifiera de personer med fetma som är i riskzonen för att utveckla typ 2-diabetes. Två väl genomförda studier har visat att måttlig vikt-nedgång i kombination med fysisk aktivitet under två till tre år kan halvera insjuknandet i typ 2-diabetes (Evidensstyrka 1).

Hos personer med övervikt eller fetma och måttligt förhöjt blodtryck är en viktminskning med ca 5 procent tillräcklig för att uppnå en blodtryckssänkning under cirka sex månader (Evidensstyrka 2). Gångse behandling med blodtryckssän-

kande läkemedel är dock mer effektiv även under denna period. Trots bestående vikt-nedgång efter kirurgi finns, vid långtidsuppföljning, ingen skillnad i blodtryck vid jämförelse med en obehandlad kontrollgrupp.

Effekter på blodfetter är relaterade till grad av vikt-nedgång. Kostbehandling ledande till en vikt-reduktion som kan bibehållas under mer än ett år medför viss ökning av det »goda« HDL-kolesterolet, som motverkar uppkomsten av åderförkalkning (Evidensstyrka 3). En vikt-reduktion på 20–30 kg behövs för att kolesterolnivåerna skall sjunka (Evidensstyrka 2).

En minskning av sömnapnébesvär har rapporterats efter kirurgisk behandling av fetma. Denna effekt har inte redovisats i studier avseende icke-kirurgiska behandlingsmetoder. Vissa undersökningar tyder på att vikt-reduktion är en effektiv behandlingsmetod för att hos kvinnor med fetma och menstruationsstörningar normalisera den hormonella situationen, öka fruktsamheten och förbättra graviditetsutfallet. De tillgängliga studierna möjliggör dock inga säkra slutsatser.

... på kostnadseffektivitet

Totalt har 14 utvärderingsstudier granskats. Det finns fem studier av kostbehandling, beteendeterapi och VLCD-behandling, »very low calorie diet«. En av dessa visar att kost-rådgivning med dietist enbart eller dietist och läkare resulterade i viktminskning till en låg kostnad. Resultatet gäller efter ett års uppföljning. En annan studie visar att beteendeterapi kan minska vikten till en låg kostnad. Kostnaden för VLCD eller en kombination av beteendeterapi och VLCD var något högre.

Flera hälsoekonomiska modellanalyser visar att kirurgisk behandling ger vikt-reduktion till relativt låg kostnad. Sammantaget visar tre svenska studier att kostnaderna under fyra till sex år efter kirurgisk behandling är totalt ca 70 000 kronor högre än för kontrollgruppen, där ingen viktminskning skett. Relaterat till procentuell vikt-nedgång i SOS-studien (16 procent efter sex år) är kostnaden drygt 4 000 kronor i 1994 års penningvärde per procent i vikt-nedgång. Inga andra slutsatser kan dras rörande kostnadseffektivitet vid kirurgisk behandling av fetma.

Det finns en publicerad hälsoekonomisk utvärdering av läkemedelsbehandling med orlistat vid fetma. I denna har hänsyn tagits till förbättrad livskvalitet på grund av vikt-nedgång. Den sammanlagda patientupplevda nyttan av den förbättrade livskvaliteten efter två års uppföljningstid har omräknats till antal år med full hälsa, s k kvalitetsjusterade levnadsår. Resultaten visar att den direkta kostnaden uppgår till drygt 600 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår. Detta tyder på att läkemedelsbehandling med orlistat har en relativt låg kostnadseffektivitet. På grund av det svaga vetenskapliga dokumentationen är det dock svårt att dra några säkra slutsatser.

II SBU:s slutsatser

- *Förekomsten av fetma och dess följsjukdomar ökar mycket snabbt.* Antalet personer med fetma (såväl vuxna som barn) har ökat kraftigt under de senaste 20 åren och uppgår nu till ca 500 000 individer i Sverige. Fetma – särskilt om den är lokaliserad till buken – medför en ökad risk för en lång rad allvarliga sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och ledsjukdomar. Sambandet mellan fetma och vissa cancersjukdomar är mycket starkt. Fetma – i synnerhet svår fetma – medför också en starkt negativ påverkan på livskvaliteten.
- *Orsakerna till fetma är endast delvis kända.* Utvecklingen av fetma är i stor utsträckning beroende av ärftliga faktorer. Denna medfödda benägenhet för fetma är utbredd i be-

folkningen. När denna ärftliga bakgrund finns är livsstilsfaktorer (kost och motion) samt sociala, beteendemässiga, kulturella och samhälleliga faktorer avgörande för om fetma utvecklas eller ej.

- *Det är svårt att förebygga fetma.* De flesta befolkningsinriktade förebyggande program som utvärderats vetenskapligt har inte haft några gynnsamma effekter på förekomsten av fetma. Det finns dock exempel på program för både vuxna och barn som varit framgångsrika, åtminstone på kort sikt. Nya strategier, dels för att nå ut med existerande kunskaper om fetmans orsaker och risker, dels för att förändra kostvanor och motivera till ökad fysisk aktivitet, behöver utvecklas och utvärderas. Samtidigt finns behov av styrande insatser på samhällsnivå för att minska förekomsten av fetma.
- *Vetenskapliga utvärderingar av behandlingsmetoder mot fetma visar att:*
 - Förändring av kostvanorna genom rådgivning (främst minskning av energi- och fettintaget) kan leda till viktreduktion, i regel i storleksordningen 3–10 kg under det första året (eller 10 procent av kroppsvikten hos barn). Långtidseffekterna är osäkra.
 - Regelbunden motion bidrar till viktnedgång.
 - Beteendeterapi i samband med förändringar av kost och motion kan ge ytterligare effekter på vikten om stödinsatserna pågår under lång tid.
 - Ungefär en femtedel av dem som genomgår behandling enligt Viktväktarmetoden uppnår en bestående viktnedgång på 10 procent eller mer av ursprungsvikten.
 - VLCD under 6–12 veckor ger större viktnedgång än konventionell lågenergikost. I studier av VLCD (»Very Low Calorie Diet«, som baseras på proteinpreparat) under ett till två års tid, där behandlingen ofta pågått periodvis, har man noterat en bibehållen viktnedgång på ett par kilo mer än vid behandling med enbart balanserad kost.
 - Läkemedelsbehandling med orlistat (Xenical) eller sibutramin (Reductil) ger i genomsnitt 2–5 kg viktnedgång utöver den som enbart råd om kost och motion kan ge. I kliniska prövningar har en fjärdedel till en femtedel av dem som påbörjat läkemedelsbehandling gått ner minst 10 procent i vikt jämfört med hälften så många av dem som behandlats med placebo.
 - Det stora problemet är att viktnedgången i regel inte består. Inom något år har de flesta som initialt lyckats gå ner i vikt återvänt till ursprungsvikten. Därför är det synnerligen angeläget att utveckla och utvärdera långsiktig behandling som syftar till bestående viktnedgång.
 - Kirurgisk behandling, som kan vara aktuell för patienter med svår fetma, reducerar vikten med, i genomsnitt, något mer än 25 procent (t ex från 125 till 90 kg) upp till fem år efter operationen. Efter tio år kvarstår en viktnedgång på ca 16 procent, i genomsnitt drygt 20 kg. Detta innebär betydande hälso- och livskvalitetsvinster för denna patientgrupp. Ingreppet medför dock risk för komplikationer.
 - Det vetenskapliga underlaget för en lång rad alternativmedicinska metoder är alltför svagt för att man skall kunna dra några slutsatser om metodernas eventuella effekter vid fetma.
- *Riskerna med fetma kan minskas.* Riskerna med fetma kan minskas genom viktnedgång, oavsett metod. Genom att även åtgärda andra riskfaktorer – även om viktnedgången inte lyckas – kan riskerna med fetma reduceras. Exempel på sådana insatser är ökad fysisk aktivitet, rökstopp

samt förbättrad kontroll av diabetes, högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

- *Begränsad information om kostnadseffektivitet.* Samhällets kostnader för fetma och fetmans följdsjukdomar är höga. Informationen om olika metoders kostnadseffektivitet är dock begränsad. De förebyggande metodernas kostnadseffektivitet kan inte beräknas på grund av den osäkerhet som råder om deras effekter. Vid behandling av fetma är kostnaden relativt låg för den viktnedgång som erhålls genom kostrådgivning, beteendeterapi, VLCD, kostersättningspreparat med lågt energiinnehåll och kirurgisk behandling men långt högre vid läkemedelsbehandling. Studier saknas där man beräknat kostnadseffektiviteten utifrån observerad minskning av sjuklighet/dödlighet eller förbättrad livskvalitet.
- *Fördomar om fetma måste stävjas.* De som drabbats av fetma skall inte behandlas nedsättande eller fördömande – många människor riskerar att utveckla fetma, vilket ingen önskar sig. Den försämrade livskvalitet som personer med fetma har är delvis avhängig av omgivningens attityder. Ökad förståelse för hur fetma uppkommer och hur svårbehandlad den är kan hjälpa till att minska de fördomar som finns mot personer med fetma. Dessa fördomar förekommer såväl inom hälso- och sjukvården som i samhället i stort. •