

# Konkret aktionsplan mot fetma i Skottland

Evidensbaserad manual från expertgruppen SIGN som Sverige kan lära av



STEPHAN RÖSSNER, professor, överviktsenheten, institutionen för medicin H7, Karolinska institutet, Huddinge  
stephan.rossner@ki.se

Fetmaepidemin har exploderat i såväl i- som u-länder under de senaste decennierna. Det finns signaler som antyder att denna trend nu hejdat i vissa länder och särskilt hos barn [1], men i u-länderna fortsätter den. International Association for the Study of Obesity uppgraderar regelbundet prevalensdata för barn och vuxna [2].

## SIGN:s råd

SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network) är en expertgrupp, som i flera omgångar producerat konkreta råd om handläggningen av övervikt och fetma. En ny upplaga publicerades i februari 2010 [3]. Styrkan i rapporten är avsaknaden av en omständlig brödtext och 319 färskare referenser. Baserat på Cochranedokumentation går expertgruppen koncist igenom vad som är etablerad kunskap. SIGN är en guldgruva för den som vill säkerställa att prevention och terapi baserar sig på sund vetenskap.

Här följer ett referat av SIGN-rapporten. *(Enstaka egna och personliga kommentarer i den fortlöpande texten är återgivna inom parentes i kursiv stil.)*

Riktlinjerna i SIGN berör fyra huvudområden.

- Primärprevention av fetma i alla åldrar.
- Behandling av övervikt och fetma med kost, motion och livsstilsförändringar.
- Behandling av fetma med farmakoterapi eller fetmakirurgi.
- Prevention av återfall efter initial behandling.

Man definierar behandling av övervikt som att följande mål uppfylls.

- Primärprevention av övervikt.
- Viktnedgång, vanligen inom 3–6 månader.
- Prevention av återfall efter den initiala behandlingen enligt ovan.
- Optimering av hälsa och riskreduktion vare sig viktnedgång har uppnåtts eller inte.

Expertgruppen ger följande råd för att förebygga övervikt och fetma hos vuxna: Den som söker sjukvård för viktproblem ska

»Alla bör rekommenderas inte bara ökad fysisk aktivitet utan också minskat stillasittande, i praktiken minskad TV-tid.«

rekommenderas att minska på intaget av energität föda (animaliskt fett, andra högfettprodukter, choklad, godis och sockrade drycker) genom att i stället välja livsmedel med låg energitäthet, tex fiberrika produkter, frukt och grönt. Man bör vidare undvika att äta snabbmat och begränsa alkoholintaget. Alla bör rekommenderas inte bara ökad fysisk aktivitet utan också minskat stillasittande, i praktiken minskad TV-tid.

*(Vetenskapligt stöd: I SIGN refereras att mortaliteten minskar observationellt hos diabetiker som går ner i vikt. Även om referensen inte ingår i själva SIGN-rapporten gäller detta uttalande en tidigare skotsk studie [4]. Tyvärr saknas evidens från randomiserade interventionsstudier som kan styrka att fetmareduktion minskar mortaliteten hos både diabetiker och i den allmänna befolkningen, vilket såväl författaren som den skotska gruppen är medvetna om. Detta framgår dock inte tydligt av texten. I USA pågår en studie, Look-AHEAD, som ska försöka besvara frågan vad avsiktlig viktnedgång betyder för att minska morbiditeten och mortaliteten vid typ 2-diabetes [5, 6].)*

## Rimliga mål

Individer med BMI i intervallet 25–35 kg/m<sup>2</sup> har mindre ofta fetmakopplad komorbiditet, och en viktnedgång på 5–10 procent (vilket i praktiken innebär ungefär lika många kilo) är ett önskvärt behandlingsmål för att minska förekomsten av hjärt-kärlsjukdom och metabola komplikationer.

För patienter med BMI >35 kg/m<sup>2</sup> (i Sverige över 1 procent av befolkningen) bedömer man att allvarliga fetmakomplikationer kommer att föreligga. Man måste därför eftersträva en

## SAMMANFATTAT

**Skottland** är en av de regioner i Europa som har den högsta prevalensen av fetma, särskilt hos yngre.

**Skotska experter** har sammanställt kunskapen om strategier för prevention och behandling av barn och vuxna med fetma i ett koncist dokument, »SIGN Management of obesity. A national clinical guideline«. Arbetet har höggradig relevans för svenska strategier. Experterna konstaterar bl a:

**Viktnedgång minskar mortalitet och morbiditet.**

**Kostrekommendationerna** innebär minskad energitäthet och varsamhet med fett, socker och snabbmat.

**Endast energiunderskottet**, oavsett kostkomposition, spelar roll för en långsiktig viktnedgång.

**Behovet av fysisk aktivitet** och minskad passivitet (= TV-tittande) betonas.

**Program** för beteendemodifikation bör utvecklas.

**Integrerade strategier** för bibehållande av uppnådd viktnedgång måste utvecklas.

**Kirurgi är indicerad** för individer med BMI >35 kg/m<sup>2</sup> med komorbiditet.

**Primärt ska** dock prevention, redan från unga år, eftersträvas.

**Samordnade nätverk** för omhändertagande bör etableras.

**Råden är ingalunda** revolutionerande. Styrkan är att varje åtgärd är underbyggd av väl specificerad datakvalitet. Många rekommendationer har dock på grund av bräckligt kunskapsläge svagt bevisvärde, tex avsnitten om fetmakirurgi.

**I Sverige saknas** på det hela taget en aktionsplan av den typ SIGN verkar för, även om det finns ambitiösa program inom flera regioner.

**TABELL I. Hälsomässiga konsekvenser av fetma hos vuxna, enligt SIGN.**

	Kommentar
Astma	Cirka dubbelt så hög riskkvot för feta som för normalviktiga.
Cancer	Ökad risk för ett stort antal tumörer, även utanför mag-tarmkanalen och hormonproducerande organ, vid övervikt och fetma.
Hjärt-kärlsjukdom	Väletablerad ökad risk vid fetma via det metabola syndromet, vari ingår förhöjt blodfett, blodtryck och blodsocker.
Demens	Ökande BMI är en oberoende riskfaktor för demens.
Depression	Grav fetma (BMI >40 kg/m <sup>2</sup> ) ger betydligt ökad risk för depression.
Diabetes	Dramatiskt ökad relativ risk vid fetma. För män är riskkvoten 6,7 och för kvinnor 12,4.
Fertilitet och reproduktion	Ökad sannolikhet för polycystiska ovarier och nedsatt fertilitet. Ökad risk för missfall, missbildningar och förlossningskomplikationer.
Gastroesofageal reflux	Dubblad riskkvot vid fetma.
Njursjukdom	Dubblad riskkvot vid fetma.
Leversjukdom	Ökad risk för leversteatos (NASH, non-alcoholic steatohepatitis).
Dödlighet	Redan vid övervikt (BMI >25) ökar mortaliteten. Även för överviktiga och feta individer över 65 års ålder följer risk för ökad dödlighet.
Artros	Riskkvoten för ledbesvär vid fetma är ungefärligen fördubblad.
Pankreatit	Komplikationer till pankreatit är vanligare vid fetma.
Sömn	Sömnstörningar är mycket vanliga vid fetma. Obstruktiv sömnapné är regel vid grav fetma.

viktneidgång på 15–20 procent för att uppnå betydelsefulla förbättringar i riskpanoramata.

De allmänna kostråden är minst av allt originella. SIGN slår fast att det är lämpligt att rekommendera ett dagligt energiunderskott på 600 kcal, vilket de flesta med viktproblem faktiskt kan uppnå utan att behöva ge upp alltför mycket av sina vanor. Fysisk aktivitet bör omfatta en energiutgift om 1800–2500 kcal per vecka, vilket motsvarar 225–300 minuter av måttlig aktivitet.

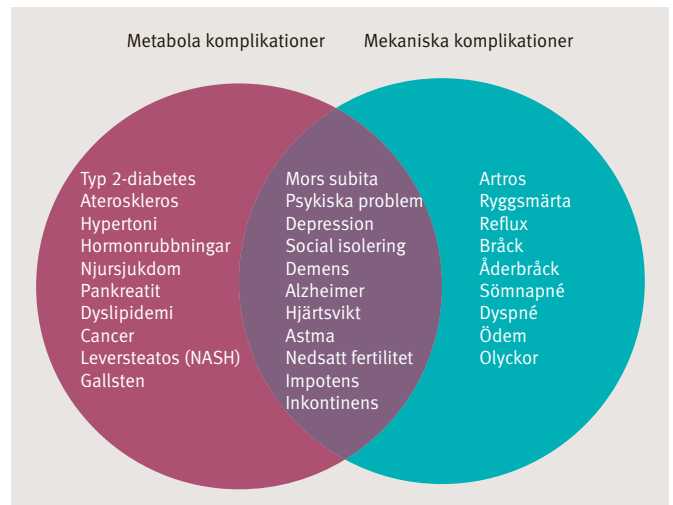
Fetmakirurgi är en integrerad och viktig del i behandlingsstrategierna. Man bör överväga kirurgi för patienter med BMI >35 kg/m<sup>2</sup> med en eller flera allvarliga samtidiga sjukdomar. Tidigare misslyckanden med andra behandlingsmetoder stärker indikationen för kirurgi.

*(Den unika svenska SOS-studien tillkom ju på sin tid därför att det inte varit möjligt att på något annat sätt tillräckligt och bestående sänka kroppsvikten [7].)*

### Att fastställa diagnosen fetma

BMI är fortfarande ett enkelt, lätt och billigt sätt att för vardagsbruk fastställa diagnosen fetma. BMI underskattar graden av fetma hos asiater. För dessa folkslag har gränsen för övervikt satts till 23 kg/m<sup>2</sup> och för fetma 27,5 kg/m<sup>2</sup>. BMI överskattar fettmassan hos vältränade individer, vilket för praktiskt kliniskt bruk inte är ett problem.

Midjemått bör alltid komplettera BMI, och här finns köns-



**Figur 1.** Fetmans mångfasetterade spektrum uppdelat på övervägande metabola eller mekaniska effekter med en överlappande zon.

**»BMI är fortfarande ett enkelt, lätt och billigt sätt att för vardagsbruk fastställa diagnosen fetma.«**

specifika skillnader: kvinnor helst <80 cm, definitivt <88 cm, och för män är motsvarande siffror <94 respektive <102 cm. Om BMI överskrider 35 kg/m<sup>2</sup> ger midjeomfånget ingen ytterligare information. Midja/höftkvoten har använts för att tex predicera diabetes och hjärt-kärlsjukdom men har troligen inget värde utöver bara midjeomfånget. Värdet av bioimpedansmätning är tveksamt.

I Tabell I ges detaljer om informationsvärdet av BMI respektive midjeomfång. Fetma handlar inte bara om överskott av adipocyter – fettväven är kroppens största endokrina organ – utan en rad metabola och mekaniska konsekvenser av fetma har beskrivits, alla med mycket hög bevisningsgrad enligt Cochrane. De listas i Figur 1.

### Barn och ungdomar och fetma

Allmän screening av fetma hos barn och ungdomar synes inte ha något större värde. SIGN föreslår att man identifierar barn med viktproblem som indicerar åtgärd med percentilavgränsning: >99,6-percentilen fordrar viktneidgångsprogram, men upp till 98:e percentilen är bibehållen vikt över tid en acceptabel behandlingseffekt. Barnen bör mätas regelbundet. Barn med extrem fetma och åtföljande komplikationer (neurologiska, mekaniska, psykologiska) ska remitteras till specialist.

Behandlingsprogram för barn och ungdomar bör innehålla beteendemodifikation baserat på den aktuella familjesituationen med minst en förälder involverad och sikta på att förändra hela familjens livsstil. Inriktningen skiljer sig inte från de allmänna strategierna: minskat energiintag, ökad fysisk aktivitet och minskad stillasittande tid (kallas här för »screen time«). För att bibehålla lägre vikt gäller samma rekommendationer som för vuxna.

### Fördelar med viktneidgång

Följande allmänna fördelar kan förväntas följa redan av måttlig viktneidgång:

- Förbättrade blodfetter
- Minskade artrosbesvär

## »Behandlingsprogram för barn och ungdomar bör innehålla beteend-demodifikation ... och sikta på att förändra hela familjens livsstil.«

- Minskad risk för totalmortalitet samt död i cancer och diabetes
- Sänkt blodtryck
- Förbättrad glykemisk kontroll
- Minskad risk för typ 2-diabetes
- Förbättrad lungfunktion hos astmapatienter.

### Fysisk aktivitet

Antalet TV-timmar per vecka är starkt positivt korrelerat till kroppsvikten. TV passiviserar och ger dåliga livsstilsråd samt producerar reklam som inte främjar goda kostvanor.

Dagliga promenader är ett enkelt, billigt och effektivt sätt att kontrollera vikten. 30 minuters dagliga promenader plus styrketräning två gånger per vecka ökar välbefinnandet och därmed kontrollen över kroppsvikten. 45–60 minuter dagligen av måttligt intensiv fysisk aktivitet förhindrar en övergång från normalvikt till övervikt eller fetma. SIGN är medvetet om att detta är en högre nivå än tidigare rekommendationer om 5 × 30 minuter.

### Självkontroll

Att väga sig själv är ett effektivt sätt för vuxna att hålla kontroll på sin kroppsvikt. Däremot visade sig upprepade vägningar hos tonåringar vara förknippade med ohälsosamma beteenden som fastekurer, diuretikaanvändning och kräkningar.

### Rökstopp ger viktuppgång

Rökstopp är alltid en högprioriterad hälsobefrämjande åtgärd. (*Medelviktoppgången vid rökslut är 3–4 kg, men inte sällan ses viktökningar på 10 kg, vilket självklart ökar risken för återfall.*) I kombination med kost, motion och beteendeförändringar kan dock viktuppgången begränsas utan att återfallen ökar. Hälsovården bör erbjuda hjälp med viktkontroll och stöd till alla patienter som tänker sluta röka.

### Internethjälp

Även om en rad studier stöder behandlingsprincipen med Internet saknas tillräckligt många välgjorda långtidsundersökningar. SIGN fastslår ändå att Internetbaserade program bör utgöra en framtida del av behandlingsalternativen för patienter med fetma. (*Sverige är ett av världens datortätaste länder, 80 procent har tillgång till nätet, och här skulle Internet kunna utnyttjas bättre.*)

### Kostråd

Lågkaloridiet (LCD, low calorie diet), 800–1800 kcal/dag, eller VLCD (very low calorie diets), <800 kcal/dag, ger en måttlig bestående viktnedgång på 5–6 procent efter ett år. VLCD ger större tidig viktnedgång, men denna vidmakthålls inte efter ett år. Sammansättningen av livsmedel kan initialt ge olika viktnedgång, men efter ett år är det bara energiunderskottet, inte fördelningen fett–kolhydrater–protein, som avgör den bestående viktnedgången. För GI-metoden finns bristande strikt vetenskaplig dokumentation; ofta har studierna rört individer som inte ens varit feta.

För medelhavsdieten finns vissa data som visar bättre vikt-nedgång än för en blandad kontroll diet. Medelhavskosten är

### FAKTA 1

#### Strategier för att bibehålla initial vikt nedgång

- Undvikande av risksituationer
- Registrering av födointag, ätbeteende och fysisk aktivitet (dagböcker för kost, pedometrar för rörlighet)
- Återfallsprevention
- Uppställande av behandlingsmål (närliggande och långsiktiga)
- Träning i omprogrammering och förmåga att hantera stress
- Kontroll av stimuli
- Social träning
- Icke-kalorisk belöning för ökad motivation
- Strategier för att byta ut negativa tankesätt mot positiva.

dock aldrig entydigt definierad, och det är därför svårt att ge en rekommendation. (*Kostvanorna på Gibraltar är rimligen inte desamma som i Tel Aviv etc.*) Den energisnålare kost som ändå kan tolereras under lång tid föreslås ligga på 600 kcal under det framräknade behovet vid viktstabilitet.

### Läkemedel som ökar vikten

En rad läkemedel är kopplade till viktökning, framför allt psykofarmaka, betablockerare, insulin, litium, antiepileptika, sulfonylurea, glitazoner och tricykliska antidepressiva. Patienter som behöver dessa läkemedel bör få information om sambandet med viktökning och hjälp där sådan kan erbjudas. P-piller eller postmenopausal hormonsubstitutionsterapi ger ingen viktökning.

### Viktpendling och hetsätning

Viktpendling fördubblar den totala mortalitetsrisken och den kardiovaskulära mortaliteten. Individer med hetsätning har ofta varit överviktiga som barn, pendlar i vikt och har ökad förekomst av psykiska problem. Kognitiv beteendeterapi har gynnsamma effekter på både ätbeteende och vikt. I viktprogram bör patienter med hetsätning inte uteslutas. Allmänna åtgärder för att stödja patienter att långsiktigt bibehålla en lägre vikt är väl kända och sammanfattas i Fakta 1.

### Kirurgi

Fetmakirurgi är en effektiv behandlingsmetod för patienter med BMI >35 kg/m<sup>2</sup>. För individer med lägre BMI-nivåer saknas underlag för att utforma rekommendationer. Kirurgi har långtidseffekt på viss men inte all samsjuklighet. Effekten av fetmakirurgi på mer nyregistrerade fetmakomplikationer som rörlighet och sömnapné är av stort intresse, men här saknas ännu data. Psykisk sjukdom kontra indicerar inte kirurgi.

SIGN sammanfattar att fetmakirurgi ska kunna erbjudas till patienter med BMI >35 kg/m<sup>2</sup> och samsjuklighet. Sådan behandling bör utformas i multidisciplinära team. Kostråd ska ges före och efter kirurgi och kosttillskott förskrivs (vitaminer, mineraler, spårämnen).

(*Fetmakirurgi är ett terapiområde som för närvarande utvecklas dramatiskt. Översiktsartiklar publiceras oavbrutet, tex nyligen av Chang et al [8]. Nya svenska rekommendationer håller för närvarande på att utarbetas.*)

### Prevention av fetma

För nedanstående påståenden är bevisgraden enligt Coch-rane mycket hög.

»Sverige saknar det strategiska tänkande som SIGN representerar ...«

- Livsmedel med låg energitätthet (fiberrika produkter, frukt, sallad och andra grönsaker) skyddar sannolikt mot viktökning, övervikt och fetma.
- Mat med hög energitätthet (fett, godis och sötade drycker) bidrar sannolikt till viktökning, övervikt och fetma.
- Snabbmat ökar sannolikt risken för viktökning, övervikt och fetma.
- Det är lättare att hålla vikten om man väljer en lågfett- och högfiberkost, minskar på snabbmaten, äter mer frukt och fiberrika produkter, minskar alkoholintaget, äter mindre godis och dricker mindre läsk.

### När är patienten mogen?

Det finns enkäter som testar individens beredvillighet att verkligen lägga om livsstil och vanor. Dessa har begränsat värde. Det är troligen utan värde att ge allmänna mer svepande råd om förändringsbeteende, utan råden måste vara ytterst tydliga, explicita och kopplade till just det beteende man primärt vill påverka.

### Konklusion

Prevention är A och O – men resultaten är måttligt uppmuntrande. SIGN-råden är inga chockartade nyheter, men dessa principer knäses nu av en påläst expertgrupp. Till varje påstående kopplas en bevisgrad av Cochranemodell. För behandling föreslår SIGN ett nätverk och en vårdkedja som ska

ta hand om individer med viktproblem. (*Sverige saknar det strategiska tänkande som SIGN representerar men försöker nu samordna fetmakirurgin nationellt. SBU gjorde en analys av kunskapsläget beträffande fetma för ca 7 år sedan, men avstod medvetet från de konkreta råd som SIGN nu publicerat.*)

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Olds TS, Tomkinson GR, Ferrar KE, Maher CA. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity in Australia between 1985 and 2008. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34(1):57-66.
2. <http://www.iaso.org>
3. <http://www.sign.ac.uk>
4. Lean ME, Powrie JK, Anderson AS, Garthwaite PH. Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diabet Med*. 1990;7(3):228-335.
5. The Look AHEAD research group. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:1374-83.
6. Delahanty LM, David M, Nathan DM. Implications of the Diabetes Prevention Program (DPP) and Look AHEAD Clinical Trials for Lifestyle Interventions. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(4 Suppl 1):S66-S72.
7. Sjöström L. Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. *Int J Obes*. 2008;32 Suppl 7:S93-7.
8. Chang J, Wittert G. Effects of bariatric surgery on morbidity and mortality in severe obesity. *Int J Evid Based Health*. 2009;7:43-8.

*Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se*