

Beteckning:



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Används vårdprogram för identifiering och behandling av övervikt
och fetma?

En undersökning av ett befintligt vårdprogramms tillämpning på tre hälsocentraler i Sandvikens
kommun

Jenny Riddarström
Juni 2009

Examensarbete, Magisteruppsats, C/D-nivå, 30hp
Medicin

Medicinsk vetenskap D:2
Erik Ingelsson/Jenny Larsson

Används vårdprogram för identifiering och behandling av övervikt och fetma?

En undersökning av ett befintligt vårdprogram tillämpning på tre hälsocentraler i Sandvikens kommun

Jenny Riddarström

Sammanfattning

Introduktion

Övervikt och fetma (BMI > 25 respektive BMI > 30) ökar i omfattning i hela världen och så även i Sverige. Prevalensen av övervikt/fetma i Sverige är ca 44 % och specifikt i Sandvikens kommun så är drygt hälften av den vuxna befolkningen överviktig/fet vilket ökar risken för ohälsa och sjukdom.

Det är angeläget att hitta de personer som löper risk att utveckla alternativt redan har övervikt/fetma för att kunna förebygga och behandla. Med tidig upptäckt och rätt behandling så gynnas förstås patienten i första hand, men även sjukvården och samhället i stort då detta i förlängningen minskar kostnaderna. I denna studie undersöktes hur ett vårdprogram som ska användas för upptäckt och behandling av övervikt/fetma tillämpades på tre hälsocentraler i Sandvikens kommun under två månader hösten 2005.

Metod

Utgångspunkten för vårdprogrammet med tillhörande flödesschema är att man mäter BMI först. Mätning ska ske på alla patienter som söker vård inom Primärvården Gästrikland – inte bara de patienter som specifikt söker för övervikt eller fetma. Kontroller gjordes först av hur många patienter som fick BMI uppmätt under vald tidsperiod och beroende på resultat av BMI-mätning kontrollerades därefter hur många patienter som fick behandling.

Resultat

Av totalt antal patienter som besökte hälsocentralerna under vald tidsperiod kontrollerades BMI på 6 %. Av dessa hade 38 % ett BMI som enligt vårdprogrammet skulle leda till erbjudande om behandling. Vid kontroll av behandling så hade i stort sett alla patienter fått någon form av behandling men med utgångspunkt från andra vårdprogram och orsaker än just övervikt och fetma. En femtedel av de 38 % fick behandling pga. sin övervikt/fetma och endast ett fåtal fick diagnos ” övervikt/fetma”.

Konklusion

Då så få patienter fick sitt BMI kontrollerat och därefter behandlades enligt vårdprogrammet finns misstanken att undersökt vårdprogram inte används överhuvudtaget. Detta skulle kunna bero på att personalen inte känner till dess existens alternativt inte finner vårdprogrammet användarvänligt. Det är synnerligen viktigt att använda sig av bevisat effektiva metoder för upptäckt och behandling av övervikt/fetma men oavsett metod så gäller förstås att de som ska använda sig av metoderna också känner till dem samt finner metoderna möjliga att använda i dagligt arbete.

Are health care programs for identification and treatment of overweight and obesity in use?

A study of the practical use of a care program at three health clinics in the municipality of Sandviken

Jenny Riddarström

Abstract

Introduction

The number of overweight (BMI > 25) and obese (BMI > 30) individuals is rising worldwide and also in Sweden where the prevalence is 44 %. In the municipality of Sandviken more than half of the population is overweight or obese and that could lead to poor health and/or sickness. It is important to find the persons at risk of developing overweight/obesity and the people who already are overweight/obese to be able to prevent or to give treatment. Early discovery and correct treatment will of course benefit the patient but it will also lower the costs for the healthcare system. The purpose of this study was to investigate the practical use of a program for identification and treatment of overweight/obesity at three health clinics in the municipality of Sandviken during two months in 2005.

Method

The starting point of the program is to measure BMI. BMI should be measured on all patients who seek care and treatment at the health clinic – not just the ones who want help because of overweight or obesity. The first control was therefore to see how many of all the patients who visited the health clinic who got their BMI measured. The second control was to see how many of those patients who got treatment according to the program.

Results

BMI was measured in 6 % of all the patients who visited the health clinics. Out of these patients, 38 % had a BMI that should lead to an offer of treatment according to the program. Almost all of the 38 % did get treatment but for other reasons and diagnoses than overweight or obesity. Only one fifth of the 38 % go treatment for overweight or obesity, and very few got the diagnosis “overweight/obesity”.

Conclusions

With such low figures of BMI-measurment and treatment according to the program, you could suspect that the program is not in use at all. The reason for this could be that the staff at the health clinics does not know that the program exists or that they do not find the program user friendly. It is very important to use effective methods for identification and treatment of overweight/obesity, but no matter what method – the most important thing is that the staff who is supposed to adopt these methods is well acquainted with them and also find them useful in their daily work.

Innehållsförteckning

1	Introduktion	7
1.1	Hur definieras och mäts övervikt och fetma	7
1.2	Hur är situationen i Europa och Sverige	9
1.3	Patofysiologi	10
1.4	Varför äter människor mer än de behöver	12
1.5	Hur ska man behandla	13
1.6	Vad händer om man inte behandlar	14
1.7	Beskrivning av vårdprogrammet	15
2	Syfte	16
3	Frågeställningar	17
3.1	Frågeställningar som berör vårdnivå 1 i vårdprogrammet	17
3.2	Frågeställningar som berör vårdnivå 2 i vårdprogrammet	17
4	Metod	17
4.1	Forskningsetiska överväganden	19
5	Resultat	20
5.1	Vårdnivå 1	20
5.2	Vårdnivå 2	21
6	Diskussion	22
	Tack	26
	Referenser	27
	Bilaga 1 – 3	

1 Introduktion

Övervikt och fetma (BMI ≥ 25 respektive BMI ≥ 30) ökar i omfattning över hela världen, både i industri- och utvecklingsländer och i alla sociala grupper. År 2003 publicerade WHO ett faktablad [1] där man beskrev att över en miljard människor var överviktiga, av dessa hade 300 miljoner fetma. Redan två år senare, 2005, var siffran uppe i 1,6 miljarder överviktiga och 400 miljoner med fetma. Man beräknade också att minst 20 miljoner barn under fem år var överviktiga. Om denna utveckling fortsätter kommer det 2015 att finnas 2,3 miljarder överviktiga varav 700 miljoner av dessa beräknas ha fetma. Tidigare var övervikt och fetma ett problem främst för industriländer med god ekonomi men nu ses även en ökning i länder med fattiga, låg- och medelinkomsttagare och till och med i världens fattigaste länder med stora svältproblem ökar prevalensen av människor med övervikt och fetma. I samma sociala miljö kan det finnas både undernärda barn och vuxna med fetma. WHO klassar fetma som en kronisk sjukdom som måste behandlas då fetma även är orsak till många andra sjukdomar. Fetma är en av världens idag snabbast växande epidemier [1, 2].

1.1 Hur definieras och mäts övervikt och fetma?

Body Mass Index (BMI) är ett sätt att definiera och mäta graden av övervikt och fetma och används ofta i större befolkningsundersökningar samt i kliniskt patientarbete. Det är vid övervikt en lätt ökad hälsorisk och man har sett en ökad dödlighet redan vid BMI-värden på 25-29,9 [3]. Fetma delas in i tre klasser där klass ett ger en måttligt ökad hälsorisk, klass två ger hög, kraftigt ökad hälsorisk och klass tre ger mycket hög, extrem hälsoriskökning [4].

BMI = Body Mass Index. Mäter grad av övervikt/fetma genom att beräkna förhållandet mellan kroppsvikt i kg och längd i meter i kvadrat.

Exempel: Patienten är 1,7 m lång och väger 70 kg. BMI beräknas enligt följande formel: $70 \text{ kg} / 1,7 \times 1,7 = 24$. Patienten har alltså BMI 24.

Gränsvärden BMI

Undervikt	Normalvikt	Övervikt	Fetma klass I	Fetma klass II	Fetma klass III
< 18,5	18,5 - 24,99	25 - 29,99	30 - 34,99	35 - 39,99	≥ 40

Eftersom BMI inte tar hänsyn till fördelningen mellan muskler och fett kan detta göra att en fullt frisk och muskulös person kan ha ett högt BMI-värde medan en annan person kan ha ett BMI inom normalgränsen men istället ha bukfetma och därmed en ökad hälsorisk för flera sjukdomar[5]. För att kunna göra en närmare bedömning av en individs hälsorisk kan man också mäta midjemått vilket då ger ett mått på eventuell bukfetma[6].

Midjemåttet mäter förekomst av eventuell bukfetma och därmed risk för metabola komplikationer. Mäts runt midjan efter utandning med måttband som placeras mellan höftkam och nedersta revbenet.		
Gränsvärden för;	Män	Kvinnor
Ökad risk	≥ 94	≥ 80
Mycket ökad risk	≥ 102	≥ 88

Enligt en studie så hade 80 % av alla män med bukfetma även minst en kardiovaskulär riskfaktor såsom för högt blodsocker, högt blodtryck eller förhöjda blodfetter[7]. Bukfetman är den riskfaktor som sannolikt debuterar först, innan hjärt-kärlpåverkan och insulinresistens[8] vilket gör bukfetma till ett mycket viktigt mått på ökad hälsorisk i jämförelse med bara ett högt BMI[5, 9].

Man kan också använda midja/höftkvot där man mäter midjemått i cm genom höftmått i cm och får därmed fram ett värde. Om värdet är lika med eller högre än 1,0 hos män samt 0,8 hos kvinnor ses en ökad risk för metabola komplikationer. Enligt vissa studier är detta mått en mycket tydlig indikator på risk för främst hjärtsjukdomar[10, 11].

Det finns mer avancerade metoder för att bestämma halten av fett i kroppen men dessa används framför allt i forskning och vid framställning och utveckling av nya läkemedel vilket främst beror på att det tar tid att göra dessa mätningar och att materialet som behövs är dyrt[8, 12]. Det som är effektivt, billigt och som snabbt ger en bild av graden av övervikt/fetma är alltså mätning av BMI och midjemått samt eventuellt midja/höft-kvot och därefter göra en samlad individuell bedömning hos den patient man har framför sig utifrån de resultat man har fått[5, 8, 12].

1.2 Hur är situationen i Europa och Sverige?

Europas utveckling liknar i stort sett övriga världen. I november 2006 höll WHO:s europaministerie en stor konferens i Turkiet där huvudämnet var hur man ska kunna stävja fetmaepidemin. Deltog gjorde 46 medlemsländer/stater från Europa och man ansåg sig komma mycket långt i målen med konferensen som bland annat var att belysa behovet av kraftfulla åtgärder för att komma åt problemet med fetma. Dessa åtgärder var såväl politiska som åtgärder i samarbete med samhällsaktörer såsom skola, sjukvård och livsmedelstillverkare[13]. Inför detta möte gjordes ett bakgrundsdokument av WHO – europasektionen - som sammanfattade en mängd tidigare forskning gjord av experter i området hälsa, nutrition och medicin. Den titt i framtiden som gjordes för år 2010 är att vi i Europa då har 150 miljoner vuxna och 15 miljoner barn med fetma och redan i dagsläget beräknar man att fetma hos vuxna förbrukar 6 % av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Regionala skillnader i förekomst av övervikt sträcker sig från 32 % till 79 % hos män och från 28 % till 78 % hos kvinnor. Högst prevalens ses bl a i Albanien och Skottland och lägst ses i Turkmenistan och Uzbekistan. Förekomst av fetma varierar från 5 % till 23 % hos män och från 7 % till 36 % hos kvinnor[14, 15]. Efter WHO:s möte i Turkiet producerade EU-kommissionen ett eget dokument där man förtydligar vilka åtgärder som behöver göras för att bekämpa övervikt och fetma och hur man bör genomföra dessa i medlemsländerna[16]. Sedan 1998 har EU finansierat nio fetmarelaterade forskningsprojekt med 59 miljoner euro. Man avser i EU att fortsätta finansiera denna typ av forskning även i det 7:e ramprogrammet[17].

I Sverige ökar också förekomsten av överviktiga och feta. Enligt de senaste siffrorna från Statistiska centralbyrån är ca 44 % av den vuxna befolkningen överviktig eller fet. Delar man upp det på män och kvinnor så leder i detta fall männen med ca 52 % överviktiga eller feta medan motsvarande för kvinnor är ca 36 %[18]. Om man enbart tittar på fetma så är det 14 % av männen och 11 % av kvinnorna som har denna sjukdom [19]och störst andel vuxna med övervikt eller fetma finns utanför storstäderna[18, 20]. Flera studier visar att övervikten och fetman ökar i Sverige även om det enligt den senaste folkhälsorapporten ser ut som om ökningstakten har avstannat[21]. En av de mest tillförlitliga siffrorna kommer från insamling av data från mönstring inför militärtjänstgöring. En retrospektiv studie, där man tittat på hur BMI förändrats hos mönstrande unga män från 1969 till 2005 visar att förekomsten av fetma har ökat rejält och att det är kraftig fetma, BMI \geq 35, som ökat snabbast från 0,1 % till 1,3 % [22]. Ett problem med större befolkningsundersökningar är att självrapporterade siffror om

övervikt och fetma tenderar att vara lägre än faktiskt uppmätta värden, men både självrapportering och uppmätta värden visar på en ökning av förekomst av övervikt och fetma [23].

Konstaterat är i alla fall att detta är ett av de snabbast växande folkhälsoproblemen i världen och så även i Sverige, vilket kräver åtgärder på befolkningsnivå med hjälp av många olika aktörer[24].

År 2004 och 2007 genomfördes på flera ställen i Sverige folkhälsoenkäter som bl a landstinget Gävleborg deltog i. Resultaten av dessa enkäter visar att landstinget Gävleborg har en större andel människor med övervikt jämfört med riket i genomsnitt. Enligt resultaten från 2004 låg vi i Gävleborg även över riket i genomsnitt när det gäller fetma både hos kvinnor och män, men dessa siffror förbättrades något för männen enligt 2007 års undersökning och låg då på samma nivå som riket. I gengäld ökade dock frekvensen av kvinnor med fetma något i jämförelse med riket[20, 25]. Delar man upp landstinget Gävleborg ytterligare och tittar specifikt på Sandvikens kommun så har 62 % av männen och 50,1 % av kvinnorna övervikt eller fetma. Omvandlar man det till faktiska befolkningssiffror så motsvarar det 8930 män och 6520 kvinnor[20].

Primärvården är en naturlig första instans för alla människor när det gäller prevention, information, behandling och i vissa fall remittering till specialistbehandling. Prevention är en mycket viktig del av hälso- och sjukvården och finns förtydligt i Hälso- och sjukvårdslagen där även primärvårdens arbete finns reglerat[26]. Det ligger i både behandlarens och patientens intresse att ge/få vård enligt de riktlinjer och anvisningar som finns för att säkerställa kvalitet och trygghet.

1.3 Patofysiologi

Orsakerna bakom övervikt och fetma är många. En av de enklaste anledningarna till övervikt och fetma är att energiintaget överstiger energiåtgången. Vi äter helt enkelt för mycket i förhållande till det vi gör av med[1, 8, 13, 15, 27, 28]. Det vi inte gör av med samlas i depåer i kroppen som fett och för vissa människor går utvecklingen av övervikt och fetma snabbare än hos andra. Det är nu klarlagt att arvet har stor betydelse vid utveckling av fetma och detta ligger både på ett genetiskt plan där man ser skillnader i ren kroppsvikt men även placeringen av fettdepåerna samt hur fett lagras på cellnivå. I den ärftliga delen finns även uppväxtvillkor och omgivningsfaktorer med som orsak till att en individ som har den genetiska förutsättningen att utveckla fetma även gör det på grund av familjens livsstil[8, 29].

Endogen hormonproduktion samt extern tillförsel av hormoner har också betydelse både för generell kroppsvikt och fördelning av fett. De hormonnivåer som har störst betydelse är kortisol, manliga och kvinnliga könshormoner samt tillväxthormoner och katekolaminer[8, 27, 30].

Överskott av fett kan samlas subkutant på olika ställen på kroppen, vanligen runt stuss och lår hos kvinnor och runt buken hos män. Det kan också samlas runt de inre organen i buken och kallas då för visceralt fett och denna typ av fett är en viktig del i orsakerna till utveckling av metabola sjukdomar trots att det endast är en mindre del av den totala halten av fett i kroppen. Vid mätning av midjemått är det alltså visceralt och subkutant buk fett man mäter. När det gäller subkutant fett är det framför allt buk fett som utgör störst risk ut hälsosynpunkt medan fett runt stuss och lår är mindre viktigt när det gäller risk att utveckla hjärt-/kärlsjukdomar eller andra metabola sjukdomar[8, 31]. Skillnaderna i betydelse för hälsan beror på hur lätt fett kan förflytta sig till blodbanan och där orsaka skada på hjärta och kärl samt påverka lipidsyntesen, insulinkänslighet och insulinsekretion[9]. Det viscerala fett har den snabbaste nedbrytningen och förflyttas lättast medan det subkutana buk fett har en medelsnabb nedbrytning och fett runt stuss och lår har den långsammaste nedbrytningen[8, 27].

Hur stora depåerna blir beror på hur stora fettcellerna är från början samt hur många fettceller som finns. När fetmautveckling startar är det till en början de befintliga fettcellerna som lagrar mer av en viss typ av fett (triglycerider) och när dessa inte förmår att lagra mer börjar bildningen av flera fettceller. När man sedan går ner i vikt minskar fettcellernas lager av triglycerider men antalet fettceller är betydligt svårare att göra sig av med[8].

Vad gör då fettcellerna? De består till största delen (95 %) av triglycerider vilket är ett lipoprotein som omsätts snabbt. Triglyceriderna kommer dels från det vi stoppar i oss i form av mat och dryck och dels från levern som tillverkar eget lipoprotein. Det är triglyceriderna som kommer ”utifrån” som lättast når fettcellerna medan det av levern tillverkade först måste brytas ner i flera beståndsdelar innan det kan byggas upp igen till triglycerider i fettcellen. När vi får ett ökat behov av energi bryts triglyceriderna ner till glycerol och fria fettsyror. De fria fettsyrorna är energin som förflyttas till det ställe i kroppen där behovet finns, exempelvis en muskel. I första hand nyttjar vår kropp glukos (kolhydrater, socker) till det ökade energibehovet men om det tar slut så används istället fett vilket betyder att glukostillgången styr fettförbrukningen. Vid buk fetma, både subkutan och visceral, ökar frisättningen av fria

fettsyror då nedbrytningen av fett från denna typ av depåer är snabb vilket leder till mycket fria fettsyror cirkulerande i blodbanan[30]. Om det finns mycket fria fettsyror i blodbanan uppstår konkurrens mellan utnyttjande av tillgängligt glukos eller tillgängliga fettsyror som energi till t ex en arbetande muskel. Förhöjda nivåer av fria fettsyror kan alltså leda till ett försämrat utnyttjande av glukos som energikälla och därmed försämrad känslighet för insulin. Om halten av fria fettsyror är förhöjd under längre tid så påverkar det även de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln negativt vilket leder till en sämre insulininsöndring till blodet[8].

Även normalviktiga människor har fettdepåer i kroppen vilket förutom att vara en energireserv, även är ett skydd mot kyla genom att fungera som ett isolerande lager[8, 27]. Fett räknas också som ett endokrint organ, är en del av vårt immunförsvar samt spelar en viktig metabol roll. Hela tiden omsätter fettcellerna fria fettsyror genom upptag, inlagring och frisättning vilket är en viktig del i den totala energiomsättningen i kroppen. Hormonet leptin tillverkas i fettcellerna och utsöndringen av hormonet är styrt av hur stora fettcellerna är samt hur mycket fettväv som finns i kroppen. Leptinet styr hungerkänslor genom att påverka hypotalamus. Om det finns mycket leptin så ger det signal att energinivåerna är höga vilket ger en mättnadskänsla, medan det motsatta gäller vid låga nivåer av hormonet. Hos människor med fetma är vanligen leptinnivåerna höga men man ser trots detta ingen större hämning av hungerkänslor. Detta är föremål för vidare forskning men man tror att personer med fetma har utvecklat en slags resistens mot leptin[32]. Förutom leptin så sker produktion och insöndring av andra hormoner från fettväven vilka påverkar koagulationen, blodtrycket och apoptos[30, 33]. När det gäller immunförsvaret så är vår förmåga att hantera sjukdomar och skador beroende av tillgången till energi för att kunna starta försvar och reparera skador. Hos människor som är undernärda ses ett försämrat immunförsvar medan man hos människor med fetma istället har ett immunförsvar på högvarv[8].

1.4 Varför äter människor mer än de behöver?

Våra kroppar är inställda på att äta när vi har tillgång till mat så att vi kan överleva tider när tillgången på mat är sämre. Vi är fortfarande genetiskt programmerade enligt stenålderstid vilket gör att kroppen signalerar ”ät” om möjligheten finns[34]. Vi har tillgång till allt mer föda som smakar gott, är lättillgänglig, inte kostar så mycket och i många fall är mycket energität. Dessa faktorer kombinerat med mindre daglig fysisk aktivitet gör det lätt att

överskrida dagsbehovet av energi. Enligt studier så utvecklas fetma sällan av kopiösa mängder mat, chips, läsk eller godis utan istället av lite för mycket under lång tid. 100 kcal (kilokalorier) för mycket per dag ger ungefär ett kilo i viktökning per år. Detta motsvarar ett stort glas läsk (drygt 2 dl).

Det vi stoppar i oss är energi i form av kolhydrater, protein, fett och alkohol. Det som inte behövs för stunden lagras i kroppen i olika former. Kolhydrater i form av socker och i andra finfördelade former ger snabb energitillgång och lagras i levern som glykogen vilket är det första som används vid behov av energi. Lagringskapaciteten i kroppen är begränsad för kolhydrater och därmed lagras resterande kolhydrater i fettväven vilket även överskott av fett gör. Alkohol kan inte lagras utan måste förbrännas och detta sker på bekostnad av annan energiförbränning vilket gör att kombinationen energität mat och alkohol kan ge viktökning[35]. Ett proteinöverskott utsöndras till viss del, till viss del omvandlas det till glykogen eller lagras i form av fett[8].

1.5 Hur ska man behandla?

Då förekomst av övervikt och fetma stadigt går upp är det mycket angeläget att hitta effektiva metoder för upptäckt och prevention. Bra mätmetoder för upptäckt är beskrivet ovan i form av BMI och midjemått men då måste förstås mätningen också ske.

När det gäller prevention har det länge funnits många rekommendationer som berör hur vi bör äta för att hålla oss friska och inte gå upp i vikt. Framför allt Livsmedelsverket har bidragit med råd och kunskap till allmänhet, skolor samt hälso- och sjukvårdspersonal[36]. Utifrån Livsmedelsverkets rekommendationer ges sedan råd till patienter i preventivt syfte. Det finns i vissa landsting olika typer av frivilliga hälsosamtal/hälsokontroller hos vuxna där man gör en samlad bedömning av hälsosituationen och utifrån det ger råd. BVC är en annan instans för prevention där BVC-sköterskan har en mycket viktig roll genom att ge råd och information. När barnen blir större tar skolhälsovården och undervisningen vid. När det gäller effektiva metoder för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar har SBU (2002, 2005) fastslagit att det finns metoder som används inom skolor och daghem som är effektiva men att det är svårt att nå positiva resultat om inte övrig miljö (hem, fritid mm) utanför skoltid är med[37, 38]. Redan etablerad övervikt och fetma hos barn har visat sig vara svår att åtgärda och dessa barn tenderar att ha kvarstående övervikt eller fetma även som vuxna[39]. Det är alltså mycket viktigt med prevention [40]Tittar man på vuxna finns även här ett konstaterande från SBU att det går att förebygga fetma genom att påverka kostintaget och den fysiska

aktiviteten men att det generellt är svårt att åstadkomma livsstilsförändringar[38].. Prevention av övervikt och fetma måste omfatta hela samhället från vaggan till graven [41]

Vid redan etablerad fetma finns flera metoder, allt från kostbehandling i olika former via ökad fysisk aktivitet [42] till läkemedelsbehandling och kirurgi. Ofta kombinerar man metoderna för ökad effektivitet och trots en ganska liten viktreduktion på 5-10 % så märks positiva resultat i form av förbättrad blodsockerkontroll, förbättrat blodtryck samt förbättrade nivåer på blodfetter. Ett problem är att det ofta sker en viktuppgång igen efter genomförd behandling, viktreduktionen består inte[37]

Det som har visat sig mest effektivt vid svår fetma är kirurgi[37, 43]. Genom att på olika sätt kirurgiskt reducera magsäckens kapacitet att volymmässigt hantera föda kan man få en effektiv och bestående viktnedgång och ofta blir dessa patienter helt fria från sin diabetes typ-2[43].

Kirurgisk behandling är förenat med olika komplikationer och leder till ett livslångt förändrat sätt att äta samt behov att man utifrån tillför vissa vitaminer och mineraler då dessa inte längre kan tas upp av kroppen via födan. Patienter som kommer i fråga för kirurgi har hittills i de flesta landsting varit de med ett BMI ≥ 40 och de med BMI ≥ 35 i kombination med någon övrig riskfaktor såsom diabetes. Sedan hösten 2007 finns ett förslag att sänka denna BMI-gräns till 35 oavsett övriga riskfaktorer[44]. Socialstyrelsen har en expertgrupp som arbetat med området övervikt/fetma och under 2009 beräknas nya riktlinjer komma ut.

1.6 Vad händer om man inte behandlar?

Övervikt och fetma kan leda till en rad sjukdomar och risktillstånd såsom diabetes typ 2[9, 45], hjärt- och kärlsjukdomar[11], vissa cancertyper [46, 47], gallvägssjukdom[48], sömnrubbningar[49], depression[50], och infertilitet[51]. Det är även en ökad mortalitet och det ser man redan vid fetma klass I[3, 52, 53]. Med fler sjukdomar och försämrat hälsotillstånd följer ökat antal sjukdagar och därmed försämrad ekonomiskt läge både för individen men även för samhället[54, 55]. Enligt en svensk studie publicerad 1996 hade överviktiga kvinnor 1,5–1,9 gånger så hög sjukfrånvaro som allmänbefolkningen[56]. Enligt siffror från WHO beräknas den totala sjukvårdskostnaden relaterad till övervikt/fetma till ca 6 % [2].

För individen med övervikt eller fetma ses försämring av livskvaliteten och för samhället ses ökade kostnader för att behandla de sjukdomar och tillstånd som är en följd av övervikt/fetma. Det finns således mycket starka skäl att tidigt upptäcka och behandla övervikt/fetma och detta har lett till att flera landsting och andra vårdgivare skapar rutiner, program och metoder som syftar till prevention och behandling. Primärvården Gästrikland är en del av landstinget Gävleborg och har sedan 2004 haft tillgång till ett vårdprogram för upptäckt och behandling av övervikt och fetma utformat av Folkhälsosektionen. Till detta program finns även ett flödesschema som ska underlätta för behandlande personal (läkare, sjuksköterskor och distriktssköterskor) att ge patienten rätt vård (bilaga 1). Detta vårdprogram fastställdes den första januari 2004 och skulle ha reviderats första januari 2006. Hur detta program används i praktiskt arbete på hälsocentralerna är dock ännu inte utvärderat på något sätt.

1.7 Beskrivning av vårdprogrammet (bilaga 1)

Titeln på vårdprogrammet är "Överviktsprogram för Primärvården Gästrikland" och ska tillämpas på överviktiga barn, ungdomar och vuxna. Vårdprogrammet är indelat i två vårdnivåer. I den första vårdnivån är fokus inställt på egenvård med råd och stöd. Ambitionen är att personer som söker vård i primärvården ska få sitt BMI noterat. När det är befogat ska Apotekets "OM-blad" användas när man samtalar med patienten. "OM-blad" är kort i A5-format med sammanfattande information om aktuellt hälsoproblem samt frågor som beroende på svar kan ge en fingervisning om man löper risk att utveckla ohälsa pga. sitt aktuella hälsoproblem (bilaga 2a+b). Det ska även finnas väntrumsmaterial med information om övervikt och hälsa, matvanor, fysisk aktivitet samt vilka studieförbund som erbjuder studiecirkel inom området. För att kunna bemöta dessa patienter ingår även fortbildning av all personal på hälsocentralerna i denna vårdnivå. Fortbildningen gäller området övervikt/fetma.

Vårdnivå 2 handlar om behandling. Här är det meningen att man aktivt ska använda sig av en samtalsmetod som heter "Motiverande samtal" i patientmötet samt förändra patientens matvanor och aktivitetsvanor genom påverkan på patientens beteende. Motiverande samtal är en metod som visat sig effektiv vid flera sjukdomstillstånd där beteendemodifikation är en del av behandlingen[57].

Här ska också personer som ligger i riskzonen för utveckling av övervikt och fetma identifieras och man ska ge stöd till människor till en hälsosam viktutveckling. Till sist förtydligas ytterligare vilka människor som ska behandlas vilka är följande;

Personer som har BMI > 27 med två komplikationer/riskfaktorer

Personer som har fetma, BMI > 30 samt barn och ungdomar som har ett BMI som motsvarar 30 hos den vuxne.

Kvinnor som har ett midjemått > 88 cm och män som har ett midjemått > 102 cm.

Till detta vårdprogram finns ett flödesschema som utgår från att man först har noterat BMI (vårdnivå 1). Därefter går man vidare utifrån det BMI som har blivit uppmätt.

Om personen har BMI 27 eller mer som utgångsläge går man vidare med en värdering av bl a midjemått, blodtryck, blodsocker, rökning och övriga riskfaktorer. Får man ”ja” på något/några faktorer i värderingen ska behandling erbjudas. Om patienten är motiverad till behandling kontrolleras först om det finns någon ätstörning. Om det blir ”nej” på ätstörning ges behandling i samråd med patienten enligt fyra olika förslag vilka är följande;

- Beteende modifikation i grupp på Hälsocentral, Dietistverksamhet eller Ungdomsmottagning
- Enskild behandling med familjeläkare och dietist
- På egen hand + vägning på Hälsocentral eller Ungdomsmottagning
- Familjegrupp barn 10-15 år mat & motion samt remiss till dietist

Alternativt kan behandlaren i samråd med patienten överväga intensifierad behandling, t ex läkemedel och/eller remittera patienten till Gävle sjukhus/specialistklinik. Om patienten inte är motiverad så ges allmänna råd om mat och fysisk aktivitet. Sista delen av flödesschemat handlar om vidmakthållande och långtidskontroll.

2 Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka om och i så fall hur det befintliga vårdprogrammet för upptäckt och behandling av övervikt och fetma tillämpas på tre hälsocentraler i Sandvikens kommun.

3 Frågeställningar

3.1 Frågeställningar som berör vårdnivå 1 i vårdprogrammet:

- A På hur stor andel av de patienter som söker vård noteras BMI?
- B Finns väntrumsmaterial som berör områdena enligt punkt 3 i vårdprogrammet?
- C Har fortbildning av all personal inom områdena enligt punkt 4 i vårdprogrammet genomförts?

3.2 Frågeställningar som berör vårdnivå 2 i vårdprogrammet:

- D Om ett BMI 27 – 30 med två eller flera riskfaktorer alternativt BMI 30 eller högre noterats, i vilken utsträckning har man då gått vidare med behandling enligt flödesschemat i vårdprogrammet?
 - D:1 I vilken utsträckning har man gjort en värdering enligt flödesschemat?
 - D:2 Om värdering har gjorts, har man sedan erbjudit behandling enligt flödesschemat?
 - D:3 Om patienten önskar behandling, i vilken utsträckning har patienten fått behandling enligt de fyra varianter som finns i flödesschemat?

4 Metod

I denna studie har tre av totalt sex hälsocentraler i Sandvikens kommun inkluderats. Hälsocentralernas upptagningsområden motsvarar ungefär 60 % av befolkningen i Sandvikens kommun. De tre som exkluderades gjordes så av följande skäl; en hade inga fasta familjeläkare alls utan bemannades på läkarsidan av inhyrd personal, en har väldigt få vårdtagare i sitt upptagningsområde och ligger ute på landsbygden med endast en familjeläkare anställd. Slutligen den tredje var sedan en längre period underbemannad på läkarsidan och hade precis flyttat till nya lokaler då jag startade min undersökning.

För att bedöma om vårdnivå 1 följs har följande kontroller utförts;

Besök på berörda hälsocentralers väntrum för att se om väntrumsmaterial finns. Denna kontroll visade enbart hur det såg ut våren 2008 då bedömning av väntrumsmaterial gjordes. Hur det såg ut i väntrummet under tiden för övriga data i denna studie är inte möjligt att ta reda på.

När det gäller apotekets ”OM-blad” gjordes kontroll i journaltext hos de patienter som fått sitt BMI uppmätt.

Angående fortbildning av samtlig personal har frågan ställts via e-post till vårdenhetscheferna på respektive vårdcentral enligt följande:

”Har fortbildning av samtlig personal inom området övervikt/fetma och hälsa för ett gott bemötande och en allmänt god kunskapsnivå genomförts under perioden januari 2004 – november 2005?”

Frågan formulerades utifrån texten i vårdprogrammet och tidsperioden bestämde jag själv med utgångspunkt när vårdprogrammet började gälla till och med perioden då journalgranskning skedde.

För att bedöma om vårdnivå 2 följs har följande kontroller utförts.

Journalerna har granskats enligt dessa kriterier:

Patienter 0-99 år. Tidsperiod 1/10-30/11 2005.

För läkarjournaler; Nybesök, Återbesök och mottagningsbesök med minst 20 minuters avsatt tid. Ej akuta, halvakuta besök eller telefontider.

För distriktssköterska; Mottagningsbesök och hälsosamtal med minst 20 minuters avsatt tid. Ej akuta besök, telefontider eller mottagningsstider som är namngivna för en viss typ av åtgärd som inte alls berör området fetma/övervikt, t ex vaccination.

BVC exkluderades eftersom datajournaler infördes först 2005. BMI började mätas rutinmässigt på alla barn från och med 4 års ålder först 2006, dvs. när barn födda 2002 fyllde 4 år. Det finns alltså inga data från BVC för den period denna studie gäller. Däremot hade jag enligt ovan med alla åldersgrupper då barn kan ha besökt läkare/distriktssköterska på hälsocentralen utifrån ett annat behov än rutinbesök hos BVC-sköterskan.

Separata laboratoriebesök (lab.) exkluderades eftersom lab. endast tar prover på beställning, ingen patient kan komma dit och få ett prov taget utan att ha gått via läkare eller distriktssköterska. Patienter kan däremot komma till lab. tidsmässigt både före och efter läkar- eller distriktssköterskebesök vilket gör att dessa besök finns registrerade separat. Däremot kontrollerades lab.listor då sökning gjordes av BMI-registreringar.

Hembesök av distriktssköterska och läkare exkluderades då hembesöken gäller patienter med specifika problem och som av olika skäl ej har möjlighet att ta sig till vårdcentralen i den omfattning som behövs för att få den vård som är ordinerad av läkare eller distriktssköterska.

Kontroller gjordes först av antalet patienter och kontakter som registrerats under vald tidsperiod. Detta gjordes då det enligt vårdprogrammet ska kontrolleras BMI på alla patienter som har en vårdkontakt. Därefter gjordes sökningar på lab.listor och i journaltexter. I lab.listor gjordes sökning på ”BMI” eftersom det är en mätning/provtagning som registreras i laboratorielistor, precis som t ex blodtryck registreras. I journaltexter användes sökordet ”BMI” då det kan finnas kontroller av BMI gjorda under själva besöket hos läkare/distriktssköterska men som ej registrerats i laboratorielista. Efter detta kontrollerades hur många patienter som hade BMI 27 – 30 med två komplikationer/riskfaktorer samt patienter med BMI 30 eller mer. Slutligen kontrollerades dessa patienters journaler avseende flödesschemat i överviktsprogrammet.

Kontroll gjordes även av hur många av de patienter som var aktuella för behandling enligt överviktsprogrammet som fått diagnoserna ”Övervikt”, ”Fetma” eller ”Obesitas” som alla har samma diagnoskod dvs. E66-P. Detta då medicinsk/kirurgisk behandling oftast förutsätter att man har en diagnos.

Alla journalsökningar gjordes i X-tractor som är primärvårdens källa till statistik. X-tractor är en del i journalprogrammet ”Journal III” som används i Primärvården Gästrikland.

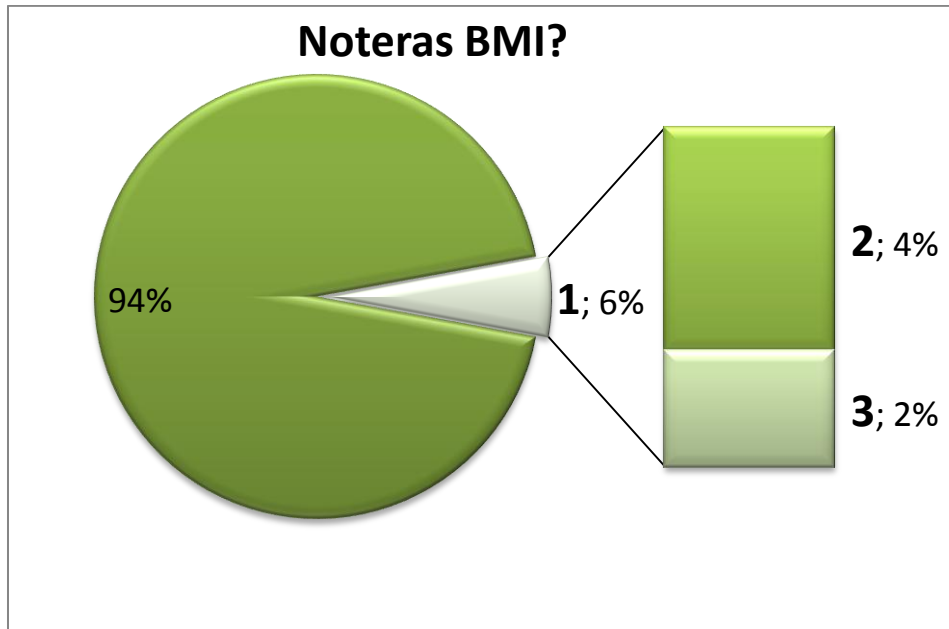
4.1 Forskningsetiska överväganden

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från verksamhetschefen över primärvården västra Gästrikland (bilaga 3). Inga uppgifter som kan röja patienternas identitet redovisas i resultaten.

5 Resultat

5.1 Vårdnivå 1.

A. Noteras BMI på personer som söker vård?



1. Av 4525 patienter fick 6 % (276) sitt BMI mätt
2. Av de 276 var 182 inte aktuella för behandling enligt vårdprogrammet
3. Minst BMI 27 med 2 riskfaktorer hade 94 patienter och var därmed aktuella för behandling enligt vårdprogrammet

B. Finns väntrumsmaterial som berör områden enligt punkt 3 i vårdprogrammet?

Vid tiden för kontroll av väntrum, vilket var drygt två år efter perioden för datainsamling, fanns väntrumsmaterial enligt överviktsprogrammets beskrivning i viss utsträckning. Vissa väntrum innehöll mer information, andra mindre.

C. Har fortbildning av personalen inom områdena enligt punkt 4 i vårdprogrammet genomförts?

Frågan ställdes till enhetschefen på respektive hälsocentral enligt följande:

”Har fortbildning av samtlig personal inom området övervikt/fetma och hälsa för ett gott bemötande och en allmänt god kunskapsnivå genomförts under perioden januari 2004 – november 2005?”

Svaret blev ”Nej” från alla chefer

5.2 Vårdnivå 2.

Frågeställningar D, D:1, D:2 och D:3

D. Om ett BMI 27 eller högre noterats, har man då gått vidare med behandling enligt flödesschemat i vårdprogrammet?

D:1 Har man gjort en värdering enligt flödesschemat?

En majoritet av patienterna som hade BMI 27 eller mer var diabetiker alternativt hade en eller flera kardiovaskulära riskfaktorer eller diagnoser vilket i praktiken betyder att det automatiskt görs en värdering utifrån flera aspekter i flödesschemat. För patienter med diabetes finns vårdprogram som är etablerade och följs sedan länge. För de patienter som inte var diabetiker men som hade BMI 27 eller mer hade värdering gjorts i vissa fall. Den värdering som var genomförd var gjord utifrån en annan diagnos än just övervikt eller fetma. Exempelvis hypertoni eller dyslipidemi.

D:2 Om ”ja” vid värdering i vilken utsträckning har man erbjudit behandling enligt flödesschemat?

D:3 Om man har erbjudit behandling, har man erbjudit behandling enligt de fyra varianter som finns i flödesschemat?

För ovanstående två frågeställningar gäller att det endast i mycket få (antal) fall funnits antydning om att just detta vårdprogram har följts. Patienter med ett BMI mer än 27 har i de allra flesta fall behandlats utifrån en annan diagnos och har därmed inte följt detta vårdprogram. Nedanstående tabell visar antal patienter som fått någon form av behandling och antal patienter som fått behandling utifrån sin övervikt/fetma.

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Totalt	4525	6	37,8	94,6	88,3	20	10,6
HC 1	1461	7,1	47,6	98	94	1,4	8
HC 2	1235	12,7	30,7	89,4	84,2	26,3	2,6
HC 3	1829	0,8	42,8	100	67	33	33

I	Totalt antal patienter
II	% av I som fått BMI mätt
III	% av II som hade BMI 27 eller mer *
IV	% av III som fått någon form av behandling
V	% av III som fått behandling enligt annat vårdprogram eller annan orsak än övervikt/fetma
VI	% av III som fått behandling enligt vårdprogrammet **
VII	% av III som fått diagnos P66E

* BMI 27 – 30 med minst två riskfaktorer, BMI >30 oavsett riskfaktorer

** Med fokus på övervikten trots andra diagnoser

6 Diskussion

Anmärkningsvärt få patienter hade fått sitt BMI kontrollerat då de sökt vård på de hälsocentraler som inkluderats i undersökningen trots att hela vårdprogrammet och tillhörande flödesschema bygger på att mätning av detta värde görs först. Detta kan eventuellt bero på att vårdprogrammet inte är förankrat bland behandlande personal, de vet kanske inte ens om att vårdprogrammet finns. Det kan också bero på att de som ska använda vårdprogrammet inte finner det användarvänligt i möten med patienterna och därför har gjort ett aktivt val att inte använda sig av det. Tänkbara orsaker till att vårdprogrammet skulle kunna anses vara mindre användarvänligt är mätning av BMI. För att mäta BMI krävs både en våg och utrustning för att mäta längd vilket sällan finns i varje undersökningsrum. Ett enklare sätt att bedöma risk att utveckla sjukdom pga övervikt eller fetma skulle kunna vara mätning av midjemått då det endast krävs ett måttband för detta värde. Enligt flera studier är detta ett säkert mått för att bedöma risk för utveckling av både diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar[6, 10, 53, 58].

Om det är så att vårdpersonalen inte haft kännedom om vårdprogrammet så bör man utvärdera hur implementeringen av detta vårdprogram har genomförts. Om det är så att vårdpersonalen har haft kännedom om vårdprogrammet men aktivt valt att inte använda sig av det så bör man utvärdera orsakerna till detta val och revidera vårdprogrammet i samråd med behandlande personal. Som diskuteras längre ner så är det angeläget att uppmärksamma och behandla

patienter med övervikt/fetma vilket innebär att effektiva och användarvänliga metoder och program för detta ändamål är en viktig del i omhändertagandet.

De patienter som fått sitt BMI mätt hade i de allra flesta fall antingen diabetes typ 2 och/eller någon form av kardiovaskulär sjukdom eller riskfaktor sedan tidigare. Majoriteten av dessa patienter hade dessutom ett BMI över 27. För dessa patienter ingick BMI i de lab.prover som togs vid varje kontroll (ofta vid regelbundna, planerade återbesök) och behandling gavs utifrån de diagnoser patienten hade sedan tidigare – inte utifrån vårdprogrammet i denna undersökning. BMI var alltså sekundärt till ursprungsdiagnosen och behandling gavs inte utifrån uppmätt högt BMI. Mycket få patienter hade fått diagnos E-66P som är övervikt/fetma trots BMI-värden över 27. Flera studier antyder att övervikt och då framför allt bukfetma är det tillstånd som troligen debuterar först, före både diabetes och kardiovaskulära sjukdomar[8, 31]. Detta skulle då vara ett mycket bra skäl till att i första hand identifiera patienter med övervikt/fetma/bukfetma för att kunna minska risken för följsjukdomar som anses uppstå pga detta[58].

De behandlingsalternativ som anges i vårdprogrammets flödesschema har inte använts i sin helhet för behandling av i stort sett någon patient utifrån uppmätt BMI mer än 27. Tänkbara orsaker till detta kan vara att behandlingsalternativen inte anses vara effektiva alternativt att patienten redan följer ett annat vårdprogram utifrån sin tidigare diagnos samt den tidigare möjliga orsaken; vårdgivaren har inte känt till detta vårdprogram. Enligt flera studier och utvärderingar så finns det få effektiva behandlingar av övervikt och fetma och problemet är ofta att patienterna tenderar att gå upp i vikt igen efter genomförd behandling[37]. Det finns dock några behandlingar som har visat sig effektiva och ett vårdprogram borde utformas efter dessa behandlingar samt efter de förutsättningar som finns inom ramen för primärvård[24, 41, 42, 59]. Eftersom primärvården är den första instansen för alla patienter så måste förutsättning ges för att kunna bedriva effektiv och evidensbaserad vård.

Endast mycket få patienter hade erhållit läkemedelsbehandling mot fetma och ingen patient med BMI ≥ 40 hade remitterats vidare till sjukhus/specialistklinik för bedömning och eventuell behandling av fetma vilket är anmärkningsvärt. Tänkbara orsaker till detta kan vara att de flesta av dessa patienter behandlades utifrån andra sjukdomar och fokus på behandlingen blev därmed något annat. De läkemedel som finns mot fetma kan eventuellt interagera med den befintliga läkemedelsbehandling patienten redan har.

Enligt vårdprogrammet så ska behandling erbjudas patienter med BMI 27-30 med minst två riskfaktorer och patienter med BMI > 30 oavsett riskfaktorer samt för kvinnor ett midjemått >

88cm och för män ett midjemått > 102 cm. Enligt flödesschemat så är midjemått något som kontrolleras efter att BMI är uppmätt och om man då har ett midjemått som motsvarar ovanstående beskrivning så ska alltså behandling erbjudas. Vid kontroll av patienter som var aktuella för behandling utifrån uppmätt BMI så visade det sig att mätning av midjemått var genomfört på endast en patient på en hälsocentral och på en annan hälsocentral fanns inte midjemått med som ett sökbart värde lab.listor.. Som diskuterats ovan är ett förhöjt midjemått/bukomfång en viktig indikation på ökad risk för andra sjukdomar [5, 6, 10, 53]vilket då gör detta till ett viktigt lab.värde som absolut borde kunna föras in i en lab.lista.

När det gäller mina frågeställningar så var det förstås mycket svårt att avgöra om väntrumsmaterial fanns under vald tidsperiod. Som beskrivit i resultatet så fanns material vid tiden för datainsamling och sannolikheten för att material även fanns tidigare är stor då informationsmaterial om hälsa, matvanor och fysisk aktivitet även är viktigt vid andra sjukdomar och tillstånd än övervikt/fetma. Frågeställningen som gällde apotekens ”OM-blad” kontrollerades genom sökning i journaltext hos de patienter som var aktuella för behandling enligt vårdprogrammet utifrån uppmätt BMI. Det kan mycket väl vara så att många eller till och med alla patienter fått dessa blad men att vårdgivaren inte skrivit in det i journalen vilket gör det mycket svårt att bedöma och kontrollera den frågeställningen. När det gäller frågeställningen om fortbildning av samtlig personal så ställdes frågan till verksamhetscheferna helt utifrån formuleringen i vårdprogrammet. Redan innan frågan ställdes så fanns misstanken att svaret skulle bli ”nej”. Det är inte vanligt att man utbildar all personal inom samma område, ofta får personalen kompetensutveckla sig inom olika områden för att man ska ha flera ”experter” inom olika områden vilket skulle kunna innebära att fortbildning har skett, men inte till alla. Kanske det bästa hade varit att informera om och implementera vårdprogrammet i första hand till all *behandlande* personal. Frågeställningarna som fokuserade mer på behandling utifrån uppmätt BMI visade sig vara mycket svåra att få ett redovisningsbart resultat på då i stort sett alla patienter visserligen blivit både värderade utifrån övriga riskfaktorer samt fått behandling i någon form men detta hade skett utifrån andra diagnoser och inte utifrån uppmätt BMI. Enligt vårdprogrammet så är det bara om patienten är motiverad som behandling genomförs. Om patienten inte är motiverad så ges enbart råd om mat och fysisk aktivitet. Troligen har alla patienter med t ex diabetes fått råd om mat och fysisk aktivitet men jag har endast i ett fåtal fall kunnat länka dessa råd till just patientens övervikt/fetma och inte till – som i detta exempel – diabetes. När man tittar på den sista delen i vårdprogrammets flödesschema så ingår även ”Planerad långtidskontroll”. Det finns inget förklarat hur detta ska kontrolleras eller hur länge det ska pågå.

Min personliga reflektion om detta vårdprogram är att det är alltför omfattande för att behandlande personal ska kunna arbeta med det dagligen. Det kräver utrustning och en hel del tid. En annan reflektion är att vårdprogrammets behandlande del utgår ifrån ett BMI mer än 27 med två komplikationer/riskfaktorer. Gränsen för övervikt är BMI 25 och enligt detta vårdprogram ska personer med BMI 25-26 identifieras och ges allmänna råd om kost och fysisk aktivitet. Är detta tillräckligt?

Behandlingsalternativen behöver ses över avseende vad som är bevisat effektivt och rutiner behöver utformas så att det blir möjligt att genomföra behandlingar. Då övervikt och fetma inte visar några tendenser att minska i Primärvården Gästrikland[20, 21] så behöver helt klart något göras och ett enklare sätt för identifiering av patienter i riskzon att utveckla sjukdom pga sin övervikt/fetma kunde istället vara midjemått[6]. Det är ett enkelt sätt att genomföra mätningar och skulle kunna införas som ett lika naturligt inslag vid vårdkontakt som att ställa frågan om rökning/ användning av tobak. Ett av de möjliga problemen med att börja mäta midjemått på alla patienter kan vara rädslan hos vårdpersonalen att kränka patienten[60, 61]. När det gäller andra livsstilsfrågor såsom användning av tobak eller alkohol så upplevs dessa frågor som enklare att ställa då varken tobak eller alkohol är nödvändiga delar av livsstilen och är därmed också lättare att åtgärda och ge råd om men vi måste inta föda. Mätning av midjemått kan bli mera ansett som – förutom ett enkelt lab.värde - ett mått på karaktär; har du ett förhöjt midjemått så har du ätit för mycket. Trots detta så är det nödvändigt att på något vis börja uppmärksamma övervikt och fetma [62]och studier har visat att patienter med övervikt eller fetma inte finner det kränkande att denna fråga uppmärksammas[63]. Att börja mäta alla patienter skulle också göra att du får ett utgångsvärde hos alla människor. Det blir därmed möjligt att se utvecklingen över tid vilket då kan leda till tidiga åtgärder av ett ökande midjemått. Detta skulle också vara ett viktigt sätt att arbeta både promotivt och preventivt vilket är huvuduppgifter för primärvården. Att man överhuvudtaget inom sjukvården börjar uppmärksamma detta ger också en signal till allmänheten att det är något som tas på allvar och som på olika sätt åtgärdas. För att på allvar kunna stoppa den ökningen av övervikt och fetma krävs dock samarbete mellan många olika samhällsaktörer och åtgärder måste sättas in redan på BVC och inom skolan[40, 64]. Det är också förstås viktigt att involvera hela familjen samt att vara medveten om att det är ett långsiktigt arbete. Uppföljningar och utvärderingar är mycket angelägna.

Tack!

Jenny Larsson, min handledare och mitt stora stöd genom hela denna långa process. Utan ditt lugn, din kunskap och din förmåga att plocka ner mig på jorden i stunder av panik hade det inte blivit någon uppsats.

Thomas Ljung, för ovärderligt bidrag med kunskaper och tips inom mitt val av ämne.

Alla mina fantastiska arbetskamrater, nuvarande och tidigare, för att ni finns och för all uppmuntran.

Sist och störst – grunden och tryggheten i mitt liv - Roine, Edvin och Alice. Ni är mitt allt!

Britt-Mari, WE DID IT!!



Referenser

1. Organisation, W.H., *Obesity and overweight*, W.M. centre, Editor. 2006, WHO.
2. Organisation, W.H., *Obesity and overweight* D.a. publications, Editor, WHO.
3. Whitlock, G., et al., *Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies*. *Lancet*, 2009. **373**(9669): p. 1083-96.
4. Organization, W.H., *BMI classification*. 2006, WHO.
5. Janssen, I., P.T. Katzmarzyk, and R. Ross, *Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk*. *Am J Clin Nutr*, 2004. **79**(3): p. 379-84.
6. Lean, M.E., T.S. Han, and C.E. Morrison, *Waist circumference as a measure for indicating need for weight management*. *BMJ*, 1995. **311**(6998): p. 158-61.
7. Lemieux, I., et al., *Hypertriglyceridemic waist: A marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapoprotein B; small, dense LDL) in men?* *Circulation*, 2000. **102**(2): p. 179-84.
8. *Fetma Från gen- till samhällspåverkan*, ed. R.S. Lindroos Anna-Karin. 2007, Lund: Studentlitteratur
9. Despres, J.P. and I. Lemieux, *Abdominal obesity and metabolic syndrome*. *Nature*, 2006. **444**(7121): p. 881-7.
10. Lakka, H.M., et al., *Abdominal obesity is associated with increased risk of acute coronary events in men*. *Eur Heart J*, 2002. **23**(9): p. 706-13.
11. Yusuf, S., et al., *Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study*. *Lancet*, 2005. **366**(9497): p. 1640-9.
12. *FYSS 2008*, ed. A. Ståhle. 2008: Statens Folkhälsoinstitut.
13. *Diet and physical activity for health*, in *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity*. 2006, WHO Europe: Turkey.
14. Organisation, W.H., *Obesity in Europe*, R.o.f. Europe, Editor. 2006, WHO.
15. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*, ed. N.H. Branka Francesco, Lobstein Tim. 2006: WHO Regional Office for Europe.
16. Union, E., *White paper on A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues*, C.o.t.e. communities, Editor. 2007, EU: Bryssel.
17. kommissionen, E., *Kampen mot fetma i Europa*, EU-kommissionen.
18. centralbyrån, S., *Tabell, Överviktiga eller feta, in 2007*. 2007, SCB.
19. Heshka, S. and D.B. Allison, *Is obesity a disease?* *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2001. **25**(10): p. 1401-4.
20. Folkhälsoinstitut, S., *Nationella folkhälsoenkäten*. 2007, Samhällsmedicin Gävleborg.
21. Norberg Margareta, D.M., *Folkhälsorapport 2009*. 2009, Socialstyrelsen. p. 201-242.
22. Neovius, M., A. Teixeira-Pinto, and F. Rasmussen, *Shift in the composition of obesity in young adult men in Sweden over a third of a century*. *Int J Obes (Lond)*, 2008. **32**(5): p. 832-6.
23. Neovius, M., A. Janson, and S. Rossner, *Prevalence of obesity in Sweden*. *Obes Rev*, 2006. **7**(1): p. 1-3.
24. Jain, A., *Treating obesity in individuals and populations*. *BMJ*, 2005. **331**(7529): p. 1387-90.
25. Folkhälsoinstitut, S., *Folkhälsoenkät 2004*. 2004, Landstinget Gävleborg.
26. Socialdepartementet, *Hälso- och sjukvårdslag, in 1982:763*. 1982, Sveriges riksdag.
27. Björntorp, P., *[From starvation to abundance--a changed disease panorama]*. *Läkartidningen*, 2004. **101**(15-16): p. 1366-9.

28. Arterburn, D., D. DeLaet, and D. Flum, *Obesity*. Clin Evid, 2005(13): p. 707-25.
29. Maes, H.H., M.C. Neale, and L.J. Eaves, *Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity*. Behav Genet, 1997. **27**(4): p. 325-51.
30. Björntorp, P., *The regulation of adipose tissue distribution in humans*. Int J Obes Relat Metab Disord, 1996. **20**(4): p. 291-302.
31. Van Gaal, L.F., I.L. Mertens, and C.E. De Block, *Mechanisms linking obesity with cardiovascular disease*. Nature, 2006. **444**(7121): p. 875-80.
32. Björntorp, P., S. Rossner, and J. Udden, [*"Consolatory eating" is not a myth. Stress-induced increased cortisol levels result in leptin-resistant obesity*]. Lakartidningen, 2001. **98**(48): p. 5458-61.
33. Guerre-Millo, M., *Adipose tissue hormones*. J Endocrinol Invest, 2002. **25**(10): p. 855-61.
34. Rössner, S., [*Obesity--a public disease*]. Lakartidningen, 1996. **93**(1-2): p. 19-22.
35. Rissanen, A.M., et al., *Determinants of weight gain and overweight in adult Finns*. Eur J Clin Nutr, 1991. **45**(9): p. 419-30.
36. Svenska livsmedelsverket, N., Svenska näringsrekommendationer, S. livsmedelsverket, Editor. 2005.
37. utvärdering, S.-S.b.f.m., *Fetma - problem och åtgärder*. 2002, SBU: Stockholm.
38. utvärdering, S.-S.b.f.m., *Förebyggande åtgärder mot fetma*. 2005, SBU: Stockholm.
39. Mossberg, H.O., *40-year follow-up of overweight children*. Lancet, 1989. **2**(8661): p. 491-3.
40. Perlhagen, J., C.E. Flodmark, and O. Hernell, [*Obesity in children--prevention is the only realistic solution of the problem*]. Lakartidningen, 2007. **104**(3): p. 138-41.
41. Lean, M., J. Lara, and J.O. Hill, *ABC of obesity. Strategies for preventing obesity*. BMJ, 2006. **333**(7575): p. 959-62.
42. Hemmingsson Erik, R.S., *Fetma - en kronisk sjukdom som kräver livslång motionsaktivitet*. Lakartidningen, 2004. **101**: p. 1790-1796.
43. Karlsson, J., et al., *Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study*. Int J Obes (Lond), 2007. **31**(8): p. 1248-61.
44. *Nationella indikationer för obesitaskirurgi*. [Rapport] 2007 januari 2009 [cited 2009 090525]; Expertgruppsrapport till socialstyrelsen, SKL, svenska läkaresällskapet. Available from: http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf.
45. Kissebah, A.H., D.S. Freedman, and A.N. Peiris, *Health risks of obesity*. Med Clin North Am, 1989. **73**(1): p. 111-38.
46. Carmichael, A.R., *Obesity and prognosis of breast cancer*. Obes Rev, 2006. **7**(4): p. 333-40.
47. Haslam, D.W. and W.P. James, *Obesity*. Lancet, 2005. **366**(9492): p. 1197-209.
48. Torgerson, J.S., et al., *Gallstones, gallbladder disease, and pancreatitis: cross-sectional and 2-year data from the Swedish Obese Subjects (SOS) and SOS reference studies*. Am J Gastroenterol, 2003. **98**(5): p. 1032-41.
49. Mortimore, I.L., et al., *Neck and total body fat deposition in nonobese and obese patients with sleep apnea compared with that in control subjects*. Am J Respir Crit Care Med, 1998. **157**(1): p. 280-3.
50. Simon, G.E., et al., *Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population*. Arch Gen Psychiatry, 2006. **63**(7): p. 824-30.
51. Linne, Y., *Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy*. Obes Rev, 2004. **5**(3): p. 137-43.
52. Adams, K.F., et al., *Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old*. N Engl J Med, 2006. **355**(8): p. 763-78.

53. Pischon, T., et al., *General and abdominal adiposity and risk of death in Europe*. N Engl J Med, 2008. **359**(20): p. 2105-20.
54. Ödegaard, K., et al., *The Swedish cost burden of overweight and obesity--evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach*. Int J Pediatr Obes, 2008. **3 Suppl 1**: p. 51-7.
55. Popkin, B.M., et al., *Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity-related chronic diseases*. Obes Rev, 2006. **7**(3): p. 271-93.
56. Narbro, K., et al., *Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women*. Int J Obes Relat Metab Disord, 1996. **20**(10): p. 895-903.
57. Rubak, S., et al., *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. Br J Gen Pract, 2005. **55**(513): p. 305-12.
58. Despres, J.P., I. Lemieux, and D. Prud'homme, *Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients*. BMJ, 2001. **322**(7288): p. 716-20.
59. Jakicic, J.M., et al., *Effect of exercise duration and intensity on weight loss in overweight, sedentary women: a randomized trial*. JAMA, 2003. **290**(10): p. 1323-30.
60. Faith, M.S., et al., *Behavioral approaches to the problems of obesity*. Behav Modif, 2000. **24**(4): p. 459-93.
61. Wadden, T.A. and E. Didie, *What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity*. Obes Res, 2003. **11**(9): p. 1140-6.
62. Falkenberg, M. and L. Vikinge, *[Ethical aspects of the meeting with the obese patient: Why don't we see the obesity?]*. Lakartidningen, 2002. **99**(21): p. 2429-30.
63. Holmen, J., *[A person who suffers of obesity is obese!]*. Lakartidningen, 1999. **96**(25): p. 3081.
64. Haslam, D., N. Sattar, and M. Lean, *ABC of obesity. Obesity--time to wake up*. BMJ, 2006. **333**(7569): p. 640-2.

Primärvården Gästriklands tillämpning av vårdprogram :

- **Överviktiga barn, ungdomar**
- **Överviktiga vuxna**



Primärvården Gästriklands ambition avseende vårdnivå 1

Egenvård med rådgivande och stödjande insatser

1. Notering av BMI på personer som söker vård inom PVG
2. Apotekets Råd för livet(Om-blad) används i patientmötet när de är relevanta.
3. Väntningsmaterial inom området övervikt och hälsa, goda matvanor, fysisk aktivitet, självtester, studieförbund m fl som erbjuder studiecirkel inom området.
4. Fortbildning av samtlig personal inom området övervikt/fetma och hälsa för ett gott bemötande och en allmänt god kunskapsnivå.

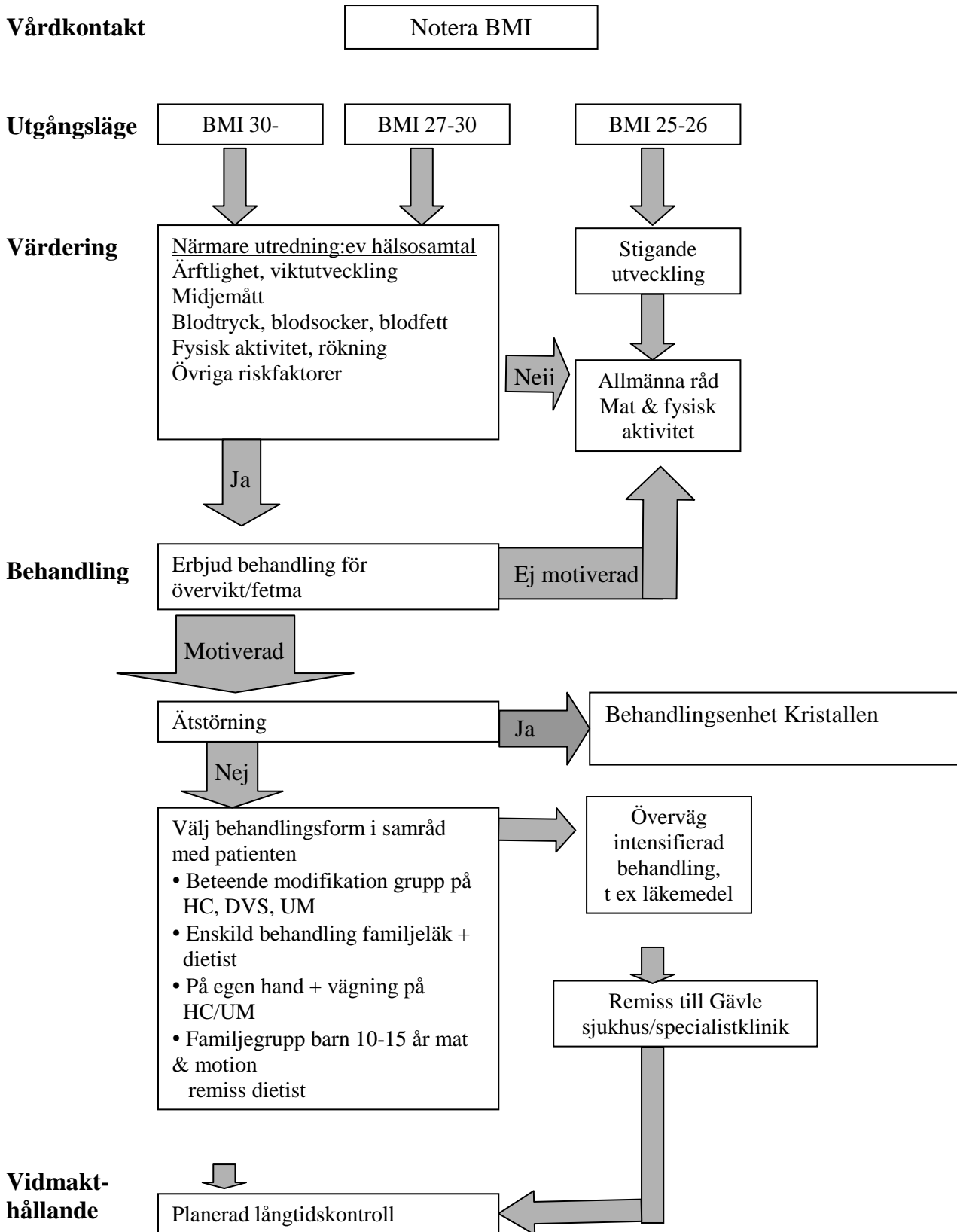
Primärvården Gästriklands ambition avseende vårdnivå 2

Primärvårdens behandlande insatser

1. Att arbeta med motiverande samtal, samt beteendemodifikation avseende matvanor och fysisk aktivitet.
2. Identifiera personer som löper risk att utveckla övervikt och fetma
3. Stödja individer till en hälsosam viktutveckling
4. Behandla patienter, som har:
 - a) Övervikt BMI >27 med två komplikationer / riskfaktorer
 - b) Fetma, BMI >30. (barn och ungdomar ett BMI motsvarande 30 hos den vuxne)
 - c) Midjemått kvinnor >88 cm, män >102 cm

Ovanstående insatser och rutiner integreras i befintligt hjärt-/kärlprogram.

www.lg.se/folkhalsosektionen





APOTEKETS RÅD FÖR LIVET

MÄN OCH VIKT

I industriländerna räknar man med att omkring 30% av befolkningen är överviktig. Det är framför allt tre faktorer som påverkar hur vår kropp ser ut och hur mycket vi väger: skelettet, muskelmassan och fettvävnaden. Faktorer som påverkas av arv och/eller miljö. Övervikt för män visar sig oftast i form av en tjock mage, s.k. ölmage. Även om man är smal eller fullt normal i övriga kroppen, innebär alltid en kulmage en ökad hälsorisk. I Sverige finns en trend med viktuppgång för män. Männen har blivit "fetare" för

varje generation. I genomsnitt ökar man i vikt upp till 50–60-årsaldern därefter sker en viss viktning. Omkring 6% av befolkningen i Sverige har en så betydande övervikt att man ur medicinsk synpunkt talar om fetma.

RISKER MED ÖVERVIKT

Högt blodtryck

Diabetes

Åderförkalkning = åderförfettningssjukdomar

Belastningsskador på t.ex. knän

TESTA DIN VIKT

Mät med ett måttband midja och höft. Midjemåttet ska mätas stående med benen lite isär efter en normal utandning. Måttet tas kring naveln. Mät sedan det största omfånget runt höfterna. Dividera midjemåttet med höftmåttet.

$$\frac{\text{Midjemått i cm}}{\text{Höftmått i cm}} = \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} \quad \text{Exempel } \frac{70}{80} = 0,9$$

Värdet bör ligga under 1,0

Body Mass Index = Vikten i kg delad med längden i meter i kvadrat. Väg dig på morgonen utan kläder.

$$\frac{\text{Vikt i kg}}{\text{Längd i m x längd i m}} = \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} \quad \text{Exempel } \frac{82}{1,84 \times 1,84} = 24$$

Intervallet för "normalvikt" för vuxna ligger med detta mått mellan 20–25, "övervikt" mellan 25–30 och "fetma" över 30.

HUR GICK DET?

Ligger ditt midje/höftmått över 1,0 och ditt BMI över 30 bör du snarast ta kontakt med hälso/sjukvården för att få hjälp att gå ned i vikt. Ligger ditt BMI mellan 25–30 kanske du

kan klara av din viktnedgång själv. Men för att nå resultat måste du bestämma dig för att lyckas. Du kanske kan ta hjälp av några av råden nedan.

NYA VANOR

Sätt upp ett mål för din viktnedgång och en tidpunkt för när du ska nå målet t.ex. om ett år ska jag ha gått ner en klädstorlek.

Bryt ner målen i etappmål som t.ex. till semestern ska jag gå ner 4 kg. Belöna dig själv när du nått etappmålen, dock inte med mat. För matdagbok under ett par veckor och se hur och varför du äter.

Försök få med dig någon annan som också önskar gå ned i vikt. Ni kan stötta varandra.

Planera in "glädjeämnen" i din vardag som en uppmuntran. Bio-besök, fotboll/ishockey-matcher osv. Du måste ha kul när du minskar i vikt.

Minnska högst 0,5 kg per vecka.

- Om du vill ha hjälp i starten av din viktnedgång, kan ett näringspulver med lågt kaloriinnehåll ersätta vissa mål. Men glöm inte att det krävs en förändring av dina vanor för att behålla en lägre vikt..

- Ät regelbundet frukost, lunch och middag. Du kan testa dina mat- och måltidsvanor på ett blad i den här serien.

- Lägg upp din portion på tallriken innan du sätter dig till bords. Använd gärna en mindre tallrik.

Försök att röra på dig mer än tidigare. Hellre 15 minuter varje dag än 4 timmar varannan vecka. Ett snedsteg ibland gör inget – gå snabbt tillbaka till de nya vanorna. Handla mat när du är mätt. Drick mycket vatten under dagen. Tänk på att läsk, saft, juice och alkoholhaltiga drycker är kaloririka.

DET HÄR VINNAR DU

Förutom att du orkar mer och mår bättre minskar riskerna för de följsjukdomar fetman kan ge upphov till.

BRA ATT VETA

Det är ingen idé du försöker att gå ned i vikt om du inte tror att du kommer att lyckas. Det är bara du själv som kan avgöra om du kommer att gå ned i vikt.



Gävle 071105

Hej Ulrica!

Jag pratade med Dig för några månader sedan (när Du "bara" var chef för folkhälsosektionen) om en D-uppsats som jag ska skriva inom medicinsk vetenskap och som berör tillämpning av "Överviktsprogram för primärvården Gästrikland".

Jag har nu kommit till fasen då jag ska samla in data från olika enheter och vill med detta brev ansöka om tillstånd att genomföra detta från Dig.

De enheter jag har önskemål att titta på är: Vallhavs hälsocentral, Torgets hälsocentral samt Björksätra hälsocentral.

Datinsamling kommer att ske i journaler (både omvårdnadsjournal och läkarjournal) under en tidsperiod på två månader år 2005. Jag kommer först att söka brett efter patienter som har fått diagnosen övervikt/fetma/obesitas. Därefter tittar jag specifikt på dessa för att se om man har helt eller delvis följt överviktsprogrammet. Inget i mitt resultat kommer att relatera vare sig till specifik patient eller specifik vårdgivare utan kommer att visa huruvida överviktsprogrammet används. Jag kommer även att titta i väntrummen om det finns material om övervikt/fetma för patienterna samt att fråga enhetsansvarig (när sådan finns) om personalen har fått utbildning i bl a övervikt/fetma för att kunna ge råd till patienterna.

Du kommer att få ta del av resultatet när jag har sammanställt allt material förstås!

Till detta brev finns även ett frankerat svarskuvert samt ett tillståndsbevis som Du skriver under om tillstånd ges.

Med vänliga hälsningar,

Jenny Riddarström

För närvarande vikarierande universitetsadjunkt på Högskolan i Gävle, medicinsk vetenskap. Tel. 026-64 82 73

Leg. Distriktssköterska, Vallhavs hälsocentral

Hemadress:

Åkerslundsvägen 12

81022 Årsunda

Tel. 026-29 09 10, 070-344 19 72, 073-854 59 20

E-post:

jenny@hos.sandnet.se

jeirim@hiq.se

Tillståndsbevis

Tillstånd att genomföra journalgranskning på tre hälsocentraler enligt beskrivning i bifogat brev, författat av Jenny Riddarström, student i medicinsk vetenskap D-nivå, Högskolan i Gävle, medges härmed.

Datum

Ort

Underskrift

Namnförtydligande

Befattning
