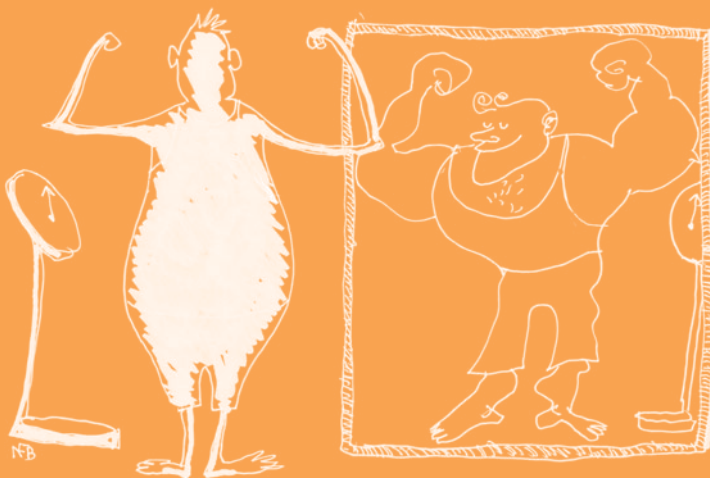


Klinisk vejledning for almen praksis

Dansk Selskab for Almen Medicin

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne



Opsporing og behandling af overvægt hos voksne 2009

Vejledningen er udarbejdet af en redaktionsgruppe bestående af:

Pia Müller, alment praktiserende læge

Henrik Rømer, alment praktiserende læge

Janus Laust Thomsen, lektor, ph.d., alment praktiserende læge, konsulent for kliniske vejledninger i Dansk Selskab for Almen Medicin

Tatjana Hejgaard, cand.brom., ph.d., specialkonsulent ved Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Peter Aagaard, cand.scient. i human fysiologi, akademisk medarbejder ved Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Skrivegruppen har bestået af:

Pia Müller, alment praktiserende læge

Michala Eich, sygeplejerske, formand for RIV-REGH – tværfaglig uddannelse for personale ansat i almen praksis i Region Hovedstaden

Berit L. Heitmann, ph.d., professor, forskningsleder ved Enheden for Epidemiologisk Kostforskning, Institut for Sygdomsforebyggelse

Jette Kolding Kristensen, alment praktiserende læge

Per Brændgaard Mikkelsen, cand.scient. i human ernæring

Bjørn Richelsen, dr.med., professor, overlæge

Bente Schibye, ph.d., arbejdsfysiolog

Søren Toubro, overlæge, formand for Dansk Selskab for Adipositasforskning.

En stor tak til nedenstående panel af kolleger og andre specialister, der har bidraget til, at vejledningen er i overensstemmelse med gældende aftaler om god klinisk praksis i Danmark:

Susanne Anthony, NLP-psykoterapeut

Bo Christensen, ph.d., professor, alment praktiserende læge

Lene Flachs, alment praktiserende læge

Svend Aage Madsen, chefpsykolog, leder af Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, Rigshospitalet.

Vejledningen er finansieret af og udarbejdet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Udgivet af Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for tids-skrift for praktisk lægegering.

Sekretariatsbistand: Anette Lindblad, Dansk Selskab for Almen Medicin

Illustrationer: Niels Fabricius-Bjerre

Kirurgiske illustrationer: Amanda Flindt Müller

Sats og grafisk tilrettelæggelse: Lægeforeningens forlag

Tryk: Clamenstrykkeriet A/S, Hinnerup

Oplag: 6.500

ISBN: 978-87-91244-15-5

1. udgave – 1. oplag

© DSAM 2009

© Sundhedsstyrelsen

Indholdsfortegnelse

Sundhedsstyrelsens og DSAM's forord	4
Redaktionsgruppens forord	5
Styrken af anbefalinger og graden af evidens.	6
Vejledningens opbygning.	7
Indledning	8
Klinisk trin 1 – Diskuter vægt med patienten, og tilbyd måling af BMI og taljeomfang	10
Klinisk trin 2 – Vurder og behandl følgesygdomme i forbindelse med overvægt, og vurder den sundhedsfremmende effekt af et vægttab . .	14
Klinisk trin 3 – Undersøg patientens motivation for vægttab	17
Klinisk trin 4 – Kortlæg, hvorfor og hvordan patienten er blevet overvægtig	21
Klinisk trin 5 – Bestem, på hvilket plan klinisk intervention er nødvendig . .	25
Klinisk trin 6 – Udtænk mål og behandlingsstrategi sammen med patienten.	27
Klinisk trin 7 – Ordiner eller henvis til vejledning om kost og fysisk aktivitet.	31
Klinisk trin 8 – Ordiner medicinsk behandling – eller henvis til fedmekirurgi	35
Klinisk trin 9 – Gennemgå og giv regelmæssig støtte til vægtkontrol og opretholdelse af vægttab, og tilpas aftaler efter behov	38
Tværfagligt samarbejde i og uden for almen praksis	41
Eksempel på instruks til praksis	42
Etniske minoriteter og overvægt	44
Litteraturliste	47

Forord

Sundhedsstyrelsens og DSAM's forord

Det er med stor glæde, at Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) kan præsentere denne kliniske vejledning til almen praksis om opsporing og behandling af overvægt hos voksne. I 2006 udarbejdede Sundhedsstyrelsen og DSAM en klinisk vejledning til almen praksis om tidlig opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn. I forlængelse heraf blev en tilsvarende vejledning i håndtering af overvægt hos voksne efterspurgt.

Nærværende vejledning er baseret på en litteraturgennemgang og på udvalgte evidensbaserede internationale vejledninger, der efterfølgende er blevet bearbejdet og opdateret. Vejledningen er bygget op omkring 9 kliniske trin, suppleret med et afsnit om etniske minoriteter og et afsnit om tværfaglighed i overvægtsbehandlingen.

Den praktiserende læge indtager en nøgleposition i arbejdet med at forebygge og behandle overvægt. Lægen skal generelt motivere patienterne til en livsstil, der forebygger svær overvægt. Hvis overvægten er opstået, har lægen en vigtig rolle med hensyn til at stille diagnosen, motivere til behandling og følge op på indsatsen. Den praktiserende læge har mulighed for samarbejde med aktører i kommunen, der i henhold til sundhedsloven har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Kommunen skal således sikre rammer og tilbud, der fremmer den sunde livsstil, fx i form af lokale tilbud til borgere med overvægt. Det er vigtigt, at lægen bliver informeret om sådanne indsatser.

Vi håber, at vejledningen kan støtte og inspirere, og at vejledningen samtidig vil blive implementeret i arbejdet med de overvægtige voksne, der ses i almen praksis.

November 2009

Else Smith, centerchef
Sundhedsstyrelsen

Roar Maagaard, formand
Dansk Selskab for Almen Medicin

Redaktionsgruppens forord

Formålet med denne kliniske vejledning er at give almen praksis retningslinjer for opsporingen af patienter med risiko for at udvikle sygdom pga. overvægt og at give forslag til, hvordan man kan samarbejde med patienten om at finde frem til og igangsætte relevante, individuelle behandlingstilbud. Overvægt er associeret med både øget mortalitet og morbiditet, hvorfor enhver form for positiv livsstilsintervention må forventes at bidrage til et bedre helbred og velbefindende for overvægtige.

Vejledningens vigtigste budskaber er:

- Registrer Body Mass Index (BMI) og taljemål i alle patienters journaler. Brug ICPC kodning for den ernæringsmæssige udvikling hos den enkelte patient.
- Vurder den enkeltes risiko og helbred.
- Vægttab er ikke indiceret for raske mennesker uden risikofaktorer for overvægtsrelateret sygdom. Her er det vigtigt at fokusere på sund kost og fysisk aktivitet.
- Forstå patientens oplevelse af overvægten, patientens syn på vigtigheden af intervention og patientens aktuelle evne til og motivation for at ændre sin levevis.
- Grundlæggende handler vægttab om at indtage færre kalorier, end man forbruger. Individuel afstemt sund kost og fysisk aktivitet fremmer helbredet
- Arbejdet med overvægt strækker sig for den enkelte patient over flere år.

Såvel redaktionsgruppen som skrivegruppen var tværfagligt sammensat, og vejledningen er evidensbaseret.

Vejledningen har været til høring hos patienter, praktiserende læger, faglige selskaber og centrale sundhedsmyndigheder og organisationer.

Redaktionsgruppen takker for alle de kommentarer, vi har modtaget i forbindelse med høringen.

Styrken af anbefalinger og graden af evidens

Vejledningens anbefalinger bygger på en systematisk gennemgang af tidligere udarbejdede guidelines fra andre lande. Ved søgning i Cochrane Library, MEDLINE og Guidelines International Network er der identificeret 20 guidelines på henholdsvis engelsk og skandinaviske sprog vedrørende håndtering af overvægt hos voksne. På baggrund af guidelines' opbygning og tydeligheden af anbefalingernes styrke blev fire udvalgt [1-4]. De udvalgte guidelines er gennemgået af redaktionsgruppen med AGREE-instrumentet og vurderet tilfredsstillende med hensyn til kvaliteten af den tilgrundliggende evidens. Skrivegruppen har således ikke selv foretaget nogen vurdering af den tilgrundliggende litteratur, medmindre det er vurderet, at der er tilkommet væsentlig ny viden inden for den enkelte anbefalings område. Derfor er også kun et mindre udpluk af de tilgrundliggende referencer medtaget i denne vejledning. De tilgængelige nationale anbefalinger på området er gennemgået, og der er suppleret med søgninger i MEDLINE og Cochrane Library inden for de sidste 3 år med forskellige kombinationer af søgeordene »overweight«, »obesity«, »primary health care«, »physicians«, »family«, »general practitioner«, »morbidity«, »mortality«, »diet«, »caloric restriction«, »behaviour«, »physical activity«, »pharmacological therapy« and »surgery«. Formålet med at graduere dokumentationen og anbefalingernes styrke er at gøre det gennemskueligt for læseren, hvad anbefalingerne i vejledningen bygger på. I tilfælde af uoverensstemmelser i redaktionsgruppen i forbindelse med formulering af anbefaling er den tilgrundliggende dokumentation diskuteret. Anbefalingernes styrke er graderet fra A (størst validitet) til D (mindst validitet). Kategorien √ udtrykker skrivegruppens anbefaling for »god klinisk prak-

Anbefalingers styrke	Evidensniveau	Vidensområde
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg
	1b	Randomiserede kontrollerede forsøg
	1c	Absolut effekt
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier
	2b	Kohortestudier
	2c	Databasestudier
	3a	Systematisk review af case-kontrol-undersøgelser
	3b	Case-kontrol-undersøgelser
C	4	Opgørelser, kasuistikker
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering eller anbefaling baseret på patofysiologi, laboratorie-forskning eller tommelfingerregel
√	5	Anbefalet af arbejdsgruppen som god klinisk praksis

sis«. I vurderingen af graden af den tilgrundliggende dokumentation skal man være opmærksom på, at ikke al viden kan testes i randomiserede kontrollerede forsøg. Styrken af anbefalingerne i vejledningen er graderet ud fra nedenstående kriterier. Skemaet er udarbejdet af Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford (www.cebm.net).

Vejledningens opbygning

Vejledningen er udarbejdet efter inspiration fra den australske vejledning Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults [1]. Vejledningen er opbygget i trin med spørgsmål og svar. De 9 kliniske trin er resumeret herunder og fremgår desuden af det medfølgende plastark.

Ud over de 9 kliniske trin har redaktionsgruppen fundet det relevant at supplere vejledningen med et afsnit om tværfaglighed i overvægtsbehandlingen og et afsnit om etniske minoriteter og overvægt.

- Klinisk trin 1 – Diskuter vægt med patienten, og tilbyd måling af BMI og taljeomfang.
- Klinisk trin 2 – Vurder og behandl følgesygdomme i forbindelse med overvægt, og vurder den sundhedsfremmende effekt af et vægttab.
- Klinisk trin 3 – Undersøg patientens motivation for vægttab.
- Klinisk trin 4 – Kortlæg, hvorfor og hvordan patienten er blevet overvægtig.
- Klinisk trin 5 – Bestem på hvilket plan, klinisk intervention er nødvendig.
- Klinisk trin 6 – Udtænk mål og behandlingsstrategi sammen med patienten.
- Klinisk trin 7 – Ordiner eller henvis til vejledning om kost og fysisk aktivitet.
- Klinisk trin 8 – Ordiner medicinsk behandling, eller henvis til fedmekirurgi.
- Klinisk trin 9 – Gennemgå og giv regelmæssig støtte til vægtkontrol og opretholdelse af vægttab, og tilpas aftaler efter behov.

Vejledningen indeholder desuden et afsnit om tværfagligt samarbejde i og uden for almen praksis, der er tænkt som inspiration til samarbejde med overvægtige patienter.

Afsnittet om etniske minoriteter og overvægt behandler særlige udfordringer i forhold til danskere af anden etnisk herkomst end dansk. Redaktionsgruppen er ikke bekendt med, at andre nationale eller internationale vejledninger om overvægt har samlet tilgængelig viden om dette emne på en overskuelig måde, og det har været efterspurgt af praktiserende læger i forbindelse med implementeringen af vejledningen »Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn«.

På hvert klinisk trin møder læseren den 22-årige patient Rasmus, der deltager i en række aftalte forebyggelseskonsultationer.

På redaktionsgruppens vegne
Pia Müller, formand

Indledning

Denne vejledning er tænkt som et redskab for de praktiserende læger til at fremme arbejdet med opsporing og behandling af overvægt hos voksne med henblik på at forbedre den danske befolknings sundhed.

I løbet af de seneste 40-50 år er der i Danmark, såvel som i den øvrige vestlige verden, sket en voldsom stigning i forekomsten af overvægt og svær overvægt. Denne stigning har for alvor sat svær overvægt og dens følgesygdomme på sundhedsdagsordenen. Allerede i 2000 udråbte Verdenssundhedsorganisationen (WHO) svær overvægt som et af de største globale folkesundhedsproblemer. Næst efter rygning, er svær overvægt den væsentligste årsag til tidlig død, som kunne være forebygget [5]. Nyere studier tyder på, at svær overvægt i de sene teenageår reducerer livslængden i samme grad som at ryge 10 cigaretter dagligt [6]. Den andel af befolkningen, der ryger dagligt, har været aftagende i løbet af de seneste år, den samme udvikling kan endnu ikke spores på andelen af af overvægtige og svært overvægtige. På verdensplan er der nu flere med overvægtsrelaterede helbredsproblemer end med fejlnæringsproblemer og helbredsproblemer relateret til undervægt (5), og på verdensplan er mere end hver syvende i dag overvægtig, svarende til mere end 1 milliard mennesker [7]. Af disse er ca. en tredjedel, svarende til ca. 300 millioner mennesker, svært overvægtige [7].

Forekomst og udvikling af overvægt og svær overvægt i Danmark

I Danmark foretages der ikke rutinemæssige opgørelser over befolkningens vægt og højde, og vi ved derfor ikke med sikkerhed, hvor mange danskere der reelt lider af overvægt og svær overvægt [8]. Der findes officielle sundheds- og sygelighedsundersøgelser, som indeholder information om personers vægt og højde, men sådanne opgørelser over svær overvægt undervurderer i væsentlig grad de sande forekomster [9]. I Danmark viser de seneste opgørelser fra 2003, som er baseret på måling af højde og vægt blandt voksne i Storkøbenhavn [10], at ca. hver femte er svært overvægtig (18%), og at mere end halvdelen af alle voksne mænd og op mod 40% af kvinderne er overvægtige.

Data fra de storkøbenhavnske helbredsundersøgelser viser desuden, at der gennem de seneste mere end 40 år er sket en flerdobling i forekomsten af svær overvægt blandt voksne. Således var der i 1960'erne kun 5-8% med svær overvægt [11]. Hvor dramatisk udviklingen i antallet af svært overvægtige har været, fremgår dog tydeligst af data fra de danske sessionsundersøgelser, der siden årene efter Anden Verdenskrig har registreret udviklingen i vægt og højde blandt unge mænd på session (nu Forsvarets Dag). De nyeste opgørelser fra 2008 viser, at ca. 7,5% af alle i denne sessionsårgang var svært overvægtige (BMI > 30), mens tilsvarende opgørelser lige efter Anden Verdenskrig viste en andel på kun 0,5% [11].

Den praktiserende læges rolle i opsporing og behandling af overvægt i befolkningen

Almen praksis er det første led i det danske sundhedsvæsen, og de praktiserende læger møder over en treårig periode stort set hele befolkningen i deres konsultation. Ved disse møder har den praktiserende læge mulighed for at opspore over-

vægt samt informere og støtte den overvægtige patient i forhold til at opnå en sund adfærd.

Svær overvægt i familien, lav socialklasse, høj fødselsvægt eller begyndende overvægt i barnealderen [12] er markører for en øget risiko for udvikling af egentlig svær overvægt og giver dermed et godt udgangspunkt for opsporing af risikopatienter og iværksættelse af en indsats, før den svære overvægt er manifest. Derfor er denne vejledning rettet mod både opsporing af risikopatienten og behandling af den overvægtige patient.

Landsoverenskomsten fra 2006 giver mulighed for at tilbyde aftalte forebyggelseskonsultationer (ydelsesnr. 0106). Denne vejledning kan bruges som et redskab ved forebyggelseskonsultationer, der fx kan være en opfølgning efter en hvilken som helst konsultation, hvor der er observeret tegn på en uhensigtsmæssig vægtudvikling, og hvor patienten har vist interesse for et samarbejde med egen læge og/eller det øvrige praksispersonale.

Den praktiserende læge kan ikke løfte opgaven med behandling af overvægt alene, og det vil være forskelligt fra praksis til praksis, hvor megen støtte og behandling lægen eller det øvrige praksispersonale har mulighed for at tilbyde.

Klinisk trin 1

Diskuter vægt med patienten, og tilbyd måling af BMI og taljeomfang

Hvordan måler man overvægt og svær overvægt?

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- A** Et BMI > 25 bør give anledning til overvejelser om, hvorvidt patienten har en øget sygdomsrisiko.
- B** Et BMI < 30 bør følges op med en måling af taljeomfang, såfremt patienten har tendens til æbleform.
- A** Overvægt er en risikofaktor på linje med hypertension, forhøjet kolesterol og forhøjet blodsukker.
- A** Et taljemål > 80 cm for kvinder øger risikoen for følgesygdom, og ved et taljemål > 88 cm er risikoen stærkt forøget. Et taljemål > 94 cm for mænd øger risikoen for følgesygdom, og ved et taljemål > 102 cm er risikoen stærkt forøget.
- D** Både BMI og taljemål bør måles over tid for at opdage forandringer i vægten og i fedtfordelingen på kroppen.
- D** Patienterne bør til enhver tid selv beslutte, om de vil vejes og måles.
- D** Den praktiserende læge kan ved behov henvise til andre sundhedsprofessionelle med specielt kendskab til vægthåndtering.
- ✓ Der bør i den enkeltes praksis udarbejdes en instruks om løbende sikring af data for vægt og taljemål for alle voksne patienter. Målingen skal være et tilbud på linje med indsamling af andre væsentlige laboratoriedata om patientens sundhedstilstand.

Der er ingen eksakte metoder til måling af overvægt og svær overvægt til brug i klinisk praksis. Den mest brugte metode er at beregne BMI, som er defineret som vægt (kg) divideret med højde (meter) i anden potens. Dette mål er imidlertid kun en indikator for kropsfedt eller fedtfordeling; specielt hos ældre eller hos muskuløse mennesker som fx atleter er fedtfordelingen på kroppen ofte anderledes end hos yngre eller mere utrænede mennesker. Det er ikke ualmindeligt at finde et BMI > 25 hos mænd, der dyrker styrketræning og har jævn, sund fedtfordeling på kroppen, ligesom nogle mennesker med alderen kan have en tendens til at leje fedt omkring tarmene med et øget taljemål til følge og dermed risiko for sygdom til trods for et normalt BMI.

Den mindste dødelighed findes ved et BMI mellem 22,5-25. Dette fremgår af den hidtil største undersøgelse fra 2009, som beskriver dødelighed af flere forskellige årsager i forhold til BMI hos 900.000 voksne [13].

Taljemål (målt midt imellem nederste ribben og hoftebenskammen) giver et indtryk af fedtfordelingen i kroppen og er i nogle tilfælde en bedre indikator for den generelle helbredsrisiko end BMI. Den mest anvendelige absolutte indikator for sygdomsrisiko og relative forandringer er derfor en kombination af BMI og taljemål.

Tabel 1: Betydning af BMI og taljemål for sygdomsrisiko* hos voksne.

BMI		Risiko for sygdom (i forhold til normale mål)	
		Taljemål Mænd < 102 cm Kvinder < 88 cm	Taljemål Mænd > 102 cm Kvinder > 88 cm
Normalvægt	18,5-24,9	–	Høj
Overvægt	25-29,9	Øget	Høj
Svær overvægt	30-39,9	Høj til meget høj	Meget høj
Ekstrem svær overvægt	Over 40	Ekstremt høj	Ekstremt høj

*) Risiko for type 2-diabetes, hypertension og hjerte-kar-sygdom [1, 5]

Er der forskellige grænser for taljemål og vægt for forskellige aldersgrupper og forskellige etniske grupper?

Grænserne i Tabel 1 er fastlagt ud fra en overvejende kaukasiske population, og de vil variere i andre etniske grupper. Eksempelvis vil grænserne for både BMI og taljemål være lavere for asiater, men de præcise grænser er endnu ikke fastlagt.

Risikoen ved at være overvægtig reduceres med alderen. En øgning med 2-3 BMI-værdier inden for hvert BMI-interval i Tabel 1 kan derfor accepteres hos ældre mennesker (> 65 år).

Skal alle patienter måles og vejes hos den praktiserende læge?

Det vil naturligvis altid være op til den enkelte læge og den enkelte patient, om patienten skal måles og vejes. Alle patienter har ret til at takke nej til dette. Vejning kan være et følsomt emne for alle patienter og i særdeleshed for nogle kronisk overvægtige eller svært overvægtige patienter. Når det er sagt, er den praktiserende læge dog den nærmeste sundhedsprofessionelle til at sætte fokus på vægten, og lægen kan med fordel udnytte sit ofte årelange kendskab til patienten til at foreslå en vejning og måling uden af den grund at stigmatisere patienten. Overvægt er en risikofaktor på linje med forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og forhøjet blodsukker, som også måles i almen praksis. Systematisk ICPC-kodning i almen praksis vil kunne bidrage til at følge vægtudviklingen hos både den enkelte patient, praksispopulationen, og også hos befolkningen generelt i DK.

ICPC-koder
T05 Ernæringsproblem
T07 Abnorm vægtstigning
T08 Abnorm vægttab
T82 Fedme
T83 Overvægt

Overvægt er en risikofaktor på linje med forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og forhøjet blodsukker, som også måles i almen praksis.

Hvordan bringer lægen vægt på banen i konsultationen?

Undersøgelser tyder på, at mange overvægtige patienter bliver lettede, hvis deres læge bringer vægt på banen. Langt den største del af de patienter, der konsulterer deres læge, har et godt indtryk af, hvad de vejer. De fleste overvægtige patienter ved godt, at de er overvægtige. Nogle læger har svært ved at bringe vejning på banen, men de har specielt svært ved at vurdere, om en patient er normalvægtig eller overvægtig [14, 15]. Vigtig information går tabt, hvis lægen ikke tilbyder patienten at blive vejret og målt. Ofte vil det være oplagt at tilbyde vejning og måling, hvis pa-

tienten har en sygdom, hvor det er væsentligt at kende patientens vægt (hjerter-kar-sygdom, type 2-diabetes, galdesten, slidgigt, kræft m.fl.). Lægen kan også spørge hensynsfuldt til vægten, hvis det skønnes, at patienten har en sygdomsrisiko pga. sin vægt eller er inde i en periode, hvor vægten stiger uhensigtsmæssigt.

En anden metode til at sikre disse data kunne være over en periode konsekvent at veje og måle alle, indtil man har data om mål og vægt i alle journaler – og så lave et system, hvor data ajourføres hvert andet år.

Efterhånden vil vejning være så naturligt for patienterne, at de selv kan veje sig på en tilgængelig vægt og blot meddele data til lægen.

Hvilke henvisningsmuligheder har lægen?

Hvis lægen vejer og måler en patient og i den forbindelse finder øget risiko for sygdom, bør lægen også være klar med behandlingsforslag. Mange patienter vil gerne hjælpes af deres praktiserende læge i forbindelse med overvægt [14,15]. Nogle praktiserende læger ønsker ikke selv at arbejde med overvægt, men vil gerne bidrage til opsporingen af risikopatienter. Det er vigtigt for de praktiserende læger, som af forskellige årsager ikke kan påtage sig arbejdet med overvægtsbehandlingen, at de har overvejet henvisningsmuligheder, inden de påpeger et overvægtsproblem. Støttetilbuddene i de enkelte lokalområder varierer meget, men der er mulighed for at hente inspiration og støtte via DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk, se under kliniske vejledninger.

Vigtig anamnese ved overvægt og svær overvægt hos en patient

Hvis en patient vurderes til at være overvægtig, vil det være hensigtsmæssigt for lægen at få information om varigheden af overvægten, hvis den ikke allerede er kendt af lægen, og om eventuelle vægtproblemer i den nærmeste familie. Samtidigt er det vigtigt at afklare, om der er overvægtsrelateret sygdomme eller risikofaktorer herfor.



Rasmus, 22 år

Rasmus kommer til kontrol efter at være blevet sat i behandling med en NSAID-kur pga. smerter i knæene. Han synes ikke rigtig, at behandlingen har hjulpet. Lægen spørger Rasmus, hvad han selv tror, er årsagen til smerterne. Rasmus fortæller, at han ligger meget på knæ i sit job som mekaniker. Hans mor mener, at årsagen er, at han går i for dårlige sko, mens hans far er af den opfattelse, at de har skæve knæ i familien, og at det er arveligt. Rasmus har en familie med følgende data:

Storesøster: 175 cm og 160 kg, BMI 51

Mor: 170 cm og 110 kg, BMI 38

Far: 185 cm og 120 kg, BMI 43

Lægen spørger Rasmus, om han har overvejet, at hans vægt kan have betydning for smerterne i knæene. Rasmus fortæller, at han som 15-årig søgte læge pga. vægten, men at lægen blot sagde: »Du er jo bare en stor, tyk dreng!« Lægen overvejer nu, hvordan hun skal spørge om lov til at veje Rasmus. Hun vælger følgende formulering:

Det er længe siden, jeg har tilbudt dig en vejning, og dit taljemål har jeg faktisk slet ikke noteret i mit laboratorieskema. Begge dele kan være vigtige oplysninger i din journal og siger noget om din sundhed, så du skal naturligvis tilbydes en vejning og måling af taljeomfang. Hvad siger du til det?

Rasmus siger ja! Han vejer 150 kg og er 185 cm høj, hvilket svarer til et BMI på 44. Hans taljemål er 138 cm, og i denne sammenhæng kan målingen først og fremmest bruges til at følge hans kropsændring, hvis han går i gang med at ændre sin livsstil.

Hvis Rasmus var kommet med et helt andet problem, og lægen vurderede, at Rasmus kunne have risiko for at udvikle helbredsproblemer pga. sin vægt, kunne hun på anden vis spørge om lov til vejning, fx: Har du set vores opslag i venteværelset om kvalitetssikring af journaldata? Vi har besluttet at sikre alle patienter muligheden for løbende at få registreret højde, vægt og taljemål, da det er vigtige indikatorer for den enkeltes sundhed på samme måde som blodtryk, kolesteroltal, blodsukker osv. Vil du tage imod det tilbud? Lægen fortæller Rasmus, at hun mener, at vægten kan være en del af forklaringen på hans gener. Det er Rasmus ikke uenig i, da hun spørger ham. Rasmus tilbydes en aftalt forebyggelseskonsultation, og der aftales tid til blodprøver (lipidprofil, fastebldsukker, levertal, TSH og BT-måling).

Klinisk trin 2

Vurder og behandl følgesygdomme i forbindelse med overvægt, og vurder den sundhedsfremmende effekt af et vægttab.

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- A** Ved et BMI > 25 er der gradvist forøget dødelighed.
- A** Overvægt nedsætter insulinfølsomheden og giver dermed øget risiko for type 2-diabetes.
- A** Overvægt øger risikoen for hjerte-kar-sygdom forårsaget af hypertension, dyslipidæmi og koagulationsforstyrrelser, hvilket igen øger risikoen for blodpropper i hjerte og hjerne.
- A** Overvægt giver fysisk-mekaniske problemer som åndenød og søvnapnø, hudsymptomer, ledsmerter og problemer med personlig hygiejne.
- A** Med overvægt følger ofte psykiske problemer som manglende selvtillid og lavt selvværd forårsaget af større eller mindre grader af diskriminering og social isolering. Dette er mest udtalt hos kvinder.
- A** Overvægt øger risikoen for specielt hormonfølsomme kræfttyper som bryst-, endometrie- og æggestokkræft samt for tyktarmskræft.
- A** Overvægt giver nedsat sædkvalitet og øget risiko for polycystisk ovariesyndrom (PCOS). En reversibel effekt af vægttab er kun vist ved PCOS og ikke ved nedsat sædkvalitet.
- A** Tilsigtet vægttab har en gavnlig effekt på overlevelsen for personer med overvægtsrelaterede sygdomme og risikofaktorer herfor.
- A** Tilsigtet vægttab hos raske individer uden overvægt eller moderat overvægt kan medføre negativ effekt på dødeligheden.
- B** For overvægtige med risikofaktorer kan et vægttab på 5-10 % reducere risikoen for sygdom.

Tabel 2: Sygdomme og tilstande associeret med svær overvægt.

Relativ risiko (RR)	Associeret med metaboliske konsekvenser	Associeret med overvægt
Stærkt øget (RR > 3)	Type 2-diabetes Galdeblæresygdomme Hypertension Dyslipidæmi Insulinresistens Ikke-alkoholisk steatohepatitis (fedtlever)	Søvnapnø Åndenød Asthma Social isolation og depression Træthed
Moderat øget (RR 2-3)	Koronar hjertesygdom Apopleksi Podagra/hyperurikæmi	Osteroarthritis Åndedrætssygdomme Hernier Psykologiske problemer
Let øget (RR 1-2)	Kræft (bryst-, endometrie-, colon- og andre) Reproduktionsproblemer og infertilitet Polycystiske ovarier Hudsymptomer Katarakt	Varikøse vener Muskuloskeletale probl. Rygsmærter Stressinkontinens Ødem/cellulitis

[1]

Hvilke følgesygdomme er forbundet med overvægt og svær overvægt?

Som det fremgår af Tabel 2, er overvægt og svær overvægt forbundet med en række følgesygdomme. De metaboliske følgesygdomme er primært relateret til glukosestofskiftet, og sammenlignet med en normalvægtig kontrolperson er risikoen for type 2-diabetes mere end 10 gange forøget ved et BMI > 30. Risikoen for galdesten er kraftigt forøget. Der er moderat øget risiko for hjerte-kar-sygdom og let øget risiko for kræft, og risikoen for specielt hormonfølsomme kræfttyper som bryst-, livmoderhals- og æggestokkræft forøges. Derudover forekommer også tyktarmskræft mest udtalt ved abdominal fedme. De fysisk-mekaniske problemer omfatter specielt åndenød og søvnapnø. Derudover er der ofte problemer med personlig hygiejne, hudinfektioner og ledsmerter i de vægtbærende led, specielt i knæ, men også i hofter og ryg. Risikoen øges eksponentielt med fedmegraden fra et BMI på ca. 30 og er herudover afhængig af nylig vægtøgning, alder og abdominal fedme.

Der er øget risiko for operationskomplikationer hos patienter med svær overvægt.

Er der sammenhæng mellem dødelighed og overvægt?

Ved et BMI > 25 øges dødeligheden af hjertesygdom og type 2-diabetes eksponentielt, men også dødeligheden af nyre- og leversygdomme, nogle kræftformer og lungesygdomme forøges. Analyserne, der danner baggrund for disse konklusioner, er justeret for køn, alder og rygestatus [13].

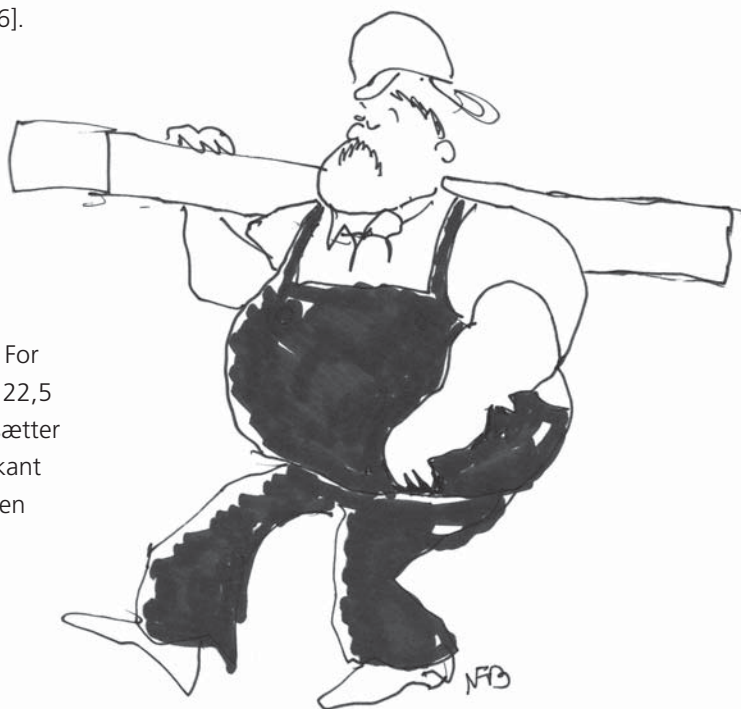
For overvægtige personer med overvægtsrelaterede sygdomme eller risikofaktorer herfor, kan et tilsigtet vægttab have en gavnlig effekt på overlevelsen. Hos raske individer uden overvægt eller moderat overvægt kan et tilsigtet vægttab have en negativ effekt på overlevelsen og der er ikke fundet nogen reduktion af dødeligheden ved vægttab for i øvrigt raske svært overvægtige [16].

For hver stigning på 5 BMI-enheder, hvilket svarer til ca. 15 kg kropsvægt, stiger dødeligheden med totalt 30%. Ved et BMI på 30-35 er den gennemsnitlige levetid reduceret med 2-4 år, og ved et BMI på 40-45 er levetiden reduceret med 8-10 år.

Stigningen i dødelighed pga. hjertesygdom er 40% og pga. type 2-diabetes 116%, mens stigningen i dødelighed pga. kræftsygdomme kun er 10% [13]. For fuldstændighedens skyld skal det nævnes, at et BMI < 22,5 også medfører forhøjet dødelighed. Fysisk aktivitet nedsætter dødeligheden relateret til svær overvægt, og mest markant for de personer, som øger deres fysiske aktivitet fra ingen eller næsten ingen aktivitet med blot 30 minutters rask gang dagligt.

Et BMI på 30-35 reducerer levetiden med 2-4 år. Et BMI på 40-45 reducerer levetiden med 8-10 år.

Fysisk aktivitet nedsætter dødeligheden relateret til svær overvægt – mest markant for de mest inaktive personer. Blot 30 minutters rask gang dagligt har stor effekt.



Hvad er fordelene ved et ønsket vægttab?

Vægttab medfører betydelige medicinske, økonomiske og personlige gevinster ved at:

- Reducere blodsukkeret [17].
- Reducere blodtrykket [18].
- Reducere blodlipider og triglycerider [19].
- Reducere risikoen for søvnapnø [20].
- Reducere smerter i de vægtbærende led [21].
- Reducere medicinudgifterne til comorbiditeter [22].
- Forbedre livskvaliteten [23].
- Forbedre psykologiske faktorer, herunder selvtilliden og selvværdet [23].

For overvægtige med risikofaktorer kan et vægttab på 5-10% reducere risikoen for følgesygdom [1, 4].

Er der nogen skadelige følger af et ønsket vægttab?

Et ønsket vægttab medfører overvældende helbredsfordele for personer med overvægtsrelaterede sygdomme og risikofaktorer herfor – dog er der i meget få tilfælde set komplikationer i form af tidlig død [24]. Denne risiko er af ubetydelig størrelse sammenlignet med helbredsfordelene. Der skal dog være stor opmærksomhed på utilsigtet vægttab, som for både overvægtige og ikke overvægtige er forbundet med overdødelighed [16].

Gravide anbefales ikke et vægttab. For overvægtige gravide anbefales det, at vægtøgningen begrænses som angivet i Tabel 3 [25, 26].

Tabel 3: Hensigtsmæssig vægtøgning ved enkeltfoldsgraviditet [25, 26]

Vægt som prægravid	Hensigtsmæssig vægtøgning under graviditet
Undervægtig (BMI < 18,5)	13-18 kg
Normalvægtig (BMI 18,5-24,9)	10-15 kg
Overvægtig (BMI 25-29,9)	8-10 kg
Svært overvægtig (BMI ≥ 30)	6-9 kg

Rasmus kommer til aftalt forebyggelseskonsultation. Han får målt blodtryk og taljemål og skal have svar på sine blodprøver. Det viser sig, at han har forhøjet fastebldsukker og dyslipidæmi.

Lægen fortæller Rasmus, at der desværre allerede er andre tegn på komplikationer til overvægten end symptomerne i knæene. Det er derfor nødvendigt med livsstilsændringer, der kan nedsætte hans vægt, hvis han skal sikre sit helbred. Lægen fortæller også, at det kan blive nødvendigt med medicinsk behandling.

Klinisk trin 3

Undersøg patientens motivation for vægttab

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- A** Motiverende samtaler fremmer en vægtreducerende adfærd i højere grad end traditionel rådgivning.
- B** Relationen mellem læge og patient har betydning for patientens motivation. Den gode relation er baseret på tillid, tryghed, anerkendelse og respekt for patientens autonomi.
- B** Opfattelsen af sig selv som overvægtig har betydning for motivationen for vægttab. Nogle overvægtige opfatter ikke sig selv som overvægtige. Dette gælder i højere grad mænd end kvinder.
- C** Mange overvægtige har urealistiske forventninger til vægttabets størrelse og tempo, hvilket kan føre til fald i motivationen under vægttabsforløbet.
- C** Psykologiske faktorer – inkl. tidligere livsbegivenheder – kan spille en rolle for patientens udvikling af overvægt.
- C** Selvkontrol er en begrænset, psykologisk ressource.
- C** Mennesker har, ud over de rationelle og sundhedsmæssige motiver, en række andre psykosociale motiver for indtagelse af mad og drikke.
- C** Når patienten selv tror på, at målene kan nås, stiger chancen for efterlevelse af de tilsigtede adfærdsændringer.

Hvad er motivation?

Motivation er en indre drivkraft, der ikke umiddelbart kan gives videre – fx fra lægen til patienten. Motivation er et middel til at nå et bestemt mål. Det er derfor en forudsætning for motivation, at der er et mål, man virkelig ønsker at nå. Motivation opstår bl.a. på baggrund af dialog – fx dialog mellem læge og patient eller patientens indre dialog. Patientens motivation for vægttab er vanskelig at bedømme på forhånd – både for lægen og for patienten selv. Det er i dialogen, lægen har mulighed for at fremme patientens motivation. Det bærende princip for en motiverende samtale er anerkendelse. Lægen bør derfor tale og lytte anerkendende i relation til patienten.

Motivation er ikke kun et individuelt anliggende. Opbakning fra patientens bagland, familie, kammerater, venner og øvrige netværk, arbejdsplads m.v. er afgørende [27].

Hvad kan motivere til livsstilsændring?

Motiverne for vægttab er individuelle og afhænger bl.a. af alder, køn, erhverv, sociale forhold og personlighed. Motivet er for nogle sundhed, for andre sex, udseende e.l., for andre igen at overleve for familiens skyld. For nogle er der måske tale om pres fra arbejdspladsen. Afklaring af motiv for vægttab bør ske i samarbejde med patienten. Det kan være hensigtsmæssigt at pege på positive sundhedseffekter af vægttab, men det afgørende er, hvad patienten selv lægger vægt på. Objektiv måling af højde, vægt og taljeomfang samt vurdering af BMI og taljemål kan øge motivationen for vægttab hos de patienter, der er overvægtige, men som ikke oplever sig selv som overvægtige. Disse objektive målinger er særlig vigtige, når det gælder overvægtige mænd.

Hvordan vurderes motivationen for livsstilsændringer?

Patientens motivation kan afklares fx ved at stille følgende spørgsmål:

Oplever du dig selv som overvægtig?
Hvad tror du, er årsagen til din overvægt?
Har du selv forsøgt at tabe dig?
Hvor vigtigt er det for dig at tabe dig (på en 5- eller 10-trins-skala)?
Hvor sikker er du på, at du kan tabe sig, hvis du virkelig gør en indsats?
Hvad tror du, der skal til, for at du kan tabe dig? Hvordan har du det med det?
Hvilke ulemper og fordele forventer du?
Hvilke fordele forbinder du med vægttab?
Hvor mange kg forventer du at tabe?
Hvor parat er du til at ændre dine vaner?
Hvor fysisk aktiv er du?
Gør du noget for at spise sundt?
Hvad med dine drikkevaner?
Hvor meget alkohol drikker du?

Hvordan håndteres mangel på motivation og motivationsmæssig modstand?

Motivation til forandring er ikke en konstant egenskab hos patienten, men et varierende fænomen, der bl.a. afhænger af relationen mellem lægen og patienten. Mangel på motivation og motivationsmæssig modstand i forhold til en sundere livsstil hos patienten kan håndteres ved at etablere en tillidsfuld og tryk relation til patienten. Det kræver, at patienten føler sig forstået og anerkendt. Modstand kan opstå, når lægen ikke er anerkendende men indtager en ekspertposition. Modstanden kan i så fald reduceres ved, at lægen vender tilbage til den anerkendende position. Det er vigtigt at understrege, at fysisk aktivitet og sund kost i sig selv er sundhedsfremmende uafhængigt af vægttab.

Mangel på motivation kan skyldes, at den valgte vægttabsmetode trækker for store veksler på patientens selvkontrol [28-30]. Der kan da skiftes til en metode, som kræver en mindre grad af selvkontrol hos patienten.

Mangel på motivation kan også skyldes, at patienten samtidig har andre motiver, som fører til adfærd, der forhindrer vægttab. Det kan da være hensigtsmæssigt at forsøge at afdække disse – måske ubevidste – motiver og på den baggrund vælge adfærdsændringer, der både fører til vægttab og tilgodeser patientens konkurrerende motiver.

Patientens motivation kan falde, hvis vægten falder langsomt, eller hvis det faktiske vægttab er mindre end forventet. Det er derfor vigtigt fra starten at have realistiske forventninger og at være tålmodig undervejs.

Et centralt aspekt af motivation er beslutningsbalancen, der defineres som balancen mellem patientens oplevede fordele og patientens oplevede ulemper ved henholdsvis forandring og ikkeforandring. Motivationen øges, når pa-



tienten oplever større fordele og/eller mindre ulemper ved forandring samt mindre fordele og/eller større ulemper ved ikke-forandring. Motiverende samtaler kan facilitere denne proces [31].

Balancen mellem patientens oplevede fordele og patientens oplevede ulemper ved henholdsvis forandring og ikke-forandring er central for motivationen. Overkommelige, opnåelige og realistiske (del-)mål øger motivationen.

Lægen kan derefter arbejde på at forbedre motivationsbalancen ved at øge patientens oplevelse af fordele ved at tage sig og ulemper ved ikke at tage sig samt ved at reducere patientens oplevelse af ulemper ved at tage sig og fordele ved ikke at tage sig. Denne samtale bør handle om både vægttabet i sig selv og væggtabsmetoder, da patientens motivation for vægttab også vil afhænge af antagelserne om, hvad det kræver af fysisk aktivitet og/eller kostomlægning for at gå ned i vægt.

Helbredsfræmmende intervention kan være andet end vægttab i sig selv, hvilket er vigtigt at pointere overfor patienter, der tillægger sig en sundere livsstil, men som måske synes, at vægttabet udebliver eller er mindre end forventet.

Hvordan kan patientens motivation og tiltro til egen handlekraft øges i processen?

Det er generelt vigtigt, at patienten selv ser sig i stand til at kunne gennemføre et vægttab. Det er derfor vigtigt med mål, som patienten oplever som overkommelige, motiverende og realistiske. Når patienten oplever at kunne handle i overensstemmelse med sine mål, stiger patientens tiltro til egen handlekraft med øget motivation til følge. Lægen kan bidrage til dette ved i dialogen med patienten at arbejde meget nøgternt og konkret med opnåelige mål. De følgende spørgsmål og udtalelser er ment som inspiration til dette arbejde.

Anerkendende spørgsmål (formuleres altid på en interesseret og ikke-dømmende måde):

Hvilken ændring har du mest lyst til at gå i gang med?
Hvilken ændring vil være mest realistisk i din dagligdag – også på længere sigt?
Hvilken ændring tror du, passer bedst til dig og dit liv?
Hvad er én lille – meget lille – ændring i din mad, som kan få din vægt til at falde?
Hvad giver det dig at spise det?
Hvordan kan du opnå tilfredsstillelsen på en anden måde, som er lidt bedre for din krop?

Anerkendende udtalelser:

Du bestemmer.

Der findes ikke dårlige vaner, der findes kun store potentialer.

Der findes ikke dårlige vaner, der findes kun gode vaner. Alt, hvad du spiser, spiser du, fordi det giver dig en tilfredsstillelse. Men måske kan du opnå tilfredsstillelsen på andre måder, som samtidig er bedre for din vægt. Accepter det, du ikke kan ændre. Brug din energi på det, du kan ændre.

Rasmus er nu blevet informeret om, hvordan lægen vurderer hans helbred. Rasmus vejer for meget, og han har øget risiko for at udvikle type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom.

Lægen vil gerne snakke med Rasmus om, hvilke tanker Rasmus gør sig i den forbindelse. Rasmus synes ikke, at det lyder rart, men på den anden side føler han sig heldigvis sund og rask – lige bortset fra smerterne i knæene.

Lægen spørger Rasmus, om han selv har forsøgt at tabe sig før. Det har Rasmus ikke, men han har før søgt en anden læge, som blot sagde, at der var tale om hvalpefedt. Lægen spørger, om det var pga. vægten, at Rasmus dengang søgte læge. Det var det – men Rasmus opfattede det, som om den anden læge ikke mente, at vægten var et problem. Lægen og Rasmus har derefter en snak om, hvad de hver især forstår ved udtrykket hvalpefedt.

Rasmus giver udtryk for at føle sig overvægtig, men han har indtil sidste konsultation ikke tænkt over, at det kunne være vægten, der generede hans knæ, og slet ikke, at han på længere sigt kan blive kronisk syg af sin overvægt. Nu synes han, det virker meget relevant at tabe sig, men han er samtidig usikker på, hvordan han skal gribe det an.

Lægen er interesseret i at få indtryk af Rasmus' motivation for vægttab. Hun er klar over, at det er en udfordring for Rasmus at erkende, at han har en reel risiko for at blive syg, medmindre han ændrer sin livsstil.

I første omgang tilbyder lægen en ny tid, og Rasmus' opgave til næste konsultation bliver at overveje fordele og ulemper ved at tabe sig og ændre vaner. Lægen informerer samtidig Rasmus om de forskellige måder, man kan gribe det an på, når man skal spise og drikke anderledes, end man plejer. Der er ikke én måde, der er bedst for alle. Det gælder om at vælge den måde, der passer bedst til én selv. Hvis Rasmus når frem til, at der er større fordele end ulemper ved at tabe sig, bliver hans næste opgave at få overblik over nuværende vaner, at vælge, hvordan han vil gribe vaneændringen an, og at finde indsatsområder for hans fremtidige sundere livsstil. (Se trin 7).

Klinisk trin 4

Kortlæg, hvorfor og hvordan patienten er blevet overvægtig

Evidensniveauer og anbefalingernes styrke

- A** Ændring af kost, drikke og fysisk aktivitet medfører et vægttab svarende til størrelsen af den negative energibalance.
- B** Patienten kan anvende egenregistrering for at skabe overblik over egen adfærd.
- B** Kalorieholdige drikkevarer kan være årsag til overvægt.
- B** Når man behandler voksne for overvægt og svær overvægt, bør man have en vægtanamnese, der går tilbage til fødslen.
- B** Visse former for medicin kan være årsag til udvikling af overvægt.
- B** Et vægttabsprogram for personer, der starter på rygestop, kan reducere den vægtøgning, som mange oplever ved rygestop.
- C** Stress og mangel på søvn bør anses som risikofaktorer for svær overvægt.
- D** Livsbegivenheder som sorg, ændring af ægteskabelig status, ferie og ophør med sportsaktiviteter kan have indflydelse på udvikling af overvægt.

Hvad skyldes overvægt og svær overvægt?

Overvægt er resultatet af en længere periode med positiv energibalance, hvor energiindtagelsen (fra kost og drikke) er højere end energiforbruget (til basal energiom sætning og fysisk aktivitet).

Udvikling af overvægt er imidlertid en konsekvens af et kompliceret samspil mellem livsstil, genetiske forhold og de sociale og kulturelle forhold, vi lever under.

Hvorfor opstår en energiubalance?

Kost og drikke med lav mæthedseffekt i forhold til kalorieindhold, øget portionsstørrelse, ringe fysisk aktivitet og stillesiddende aktiviteter såvel som spiseforstyrrelser må betragtes som vigtige risikofaktorer for udvikling af overvægt og svær overvægt. I det moderne samfund har alle mennesker en risiko for at blive overvægtige, men der er forskel på menneskers disposition for at udvikle svær overvægt. Der kan imidlertid være særlige faktorer, som gør, at en positiv ubalance opstår, og at vægten øges.

Følgende faktorer kan spille en rolle:

Overvægt i nærmeste familie. Overvægt hos forældre eller andre førstegradsslægtninge (børn eller søskende) medfører en øget risiko for overvægt hos patienten. Derudover viser studier, at høj fødselsvægt (> 4.000 g) eller lav fødselsvægt (< 2.500 g) kombineret med stor stigning på børne-BMI-kurven inden 5-års-alderen (early BMI rebound) øger risikoen for overvægt i voksenalderen. Ovenstående indikerer en genetisk indflydelse på overvægten og signalerer et behov for, at man i denne situation er særligt opmærksom på at holde fast i tilegnede gode vaner, når vanerne lægges om med henblik på et vægttab. Det er derfor vigtigt for lægen at have en vægtanamnese, der går helt tilbage til fødslen.

Uddannelsesniveau. Ingen eller kort uddannelse er en risikofaktor for overvægt.

Tidligere vægttab. Hvis patienten har oplevet betydelige vægttab (>10%) efterfulgt

Overvægt er resultatet af en længere periode med positiv energibalance, hvor energiindtagelsen er højere end energiforbruget. Basalstofskiftet styres ikke af viljen, hvorfor indtag af kost og drikke samt fysisk aktivitet er de centrale elementer i ethvert vægttabsprogram.

af tilsvarende vægtøgninger, og hvis perioden for vægtændringerne er under 1 år, bør lægen vurdere valget af interventionsform i forhold til helbredsgevinst og i forhold til valg af eventuel ny intervention.

Livsstadium. Vægtøgning er almindeligt, men ikke uundgåeligt, på forskellige stadier i livet, fx efter graviditet, i løbet af overgangsalderen og i takt med aldring.

Livsbegivenheder. Visse begivenheder i livet, fx indgåelse af ægteskab, skilsmisse, sorg, ophør med sportsaktiviteter eller rygestop, kan forårsage en vægtøgning. Ved rygestop kan vægtøgningen ofte være meget markant (5 kg eller mere det første år). Derfor kan det være en hjælp at lave en plan for, hvordan man kan kontrollere sin vægt og dermed reducere den vægtøgning, som normalt opstår efter et rygestop.

Socialt miljø. Familie, arbejde og andre sociale omgivelser kan have indflydelse på vægtøgning og manglende evne til vægttab, idet der kan være manglende støtte i forhold til patientens adfærd.

Stress. Stress bør betragtes som en faktor, der kan forårsage enten vægttab eller vægtøgning, alt afhængig af patientens reaktion på stress.

Medicinsk tilstand. Visse medicinske tilstande, fx hypothyroidisme, er kendte årsager til overvægt. Receptpligtig medicin kan medføre vægtøgning (specielt benzodiazepiner, kortikosteroider, antipsykotika, tricykliske antidepressiva, antiepileptika, sulfonylurinstoffer og insulin).

Søvnmangel. Mangel på søvn kan disponere for udvikling af overvægt.

Hvordan opstår en energiubalance?

Ubalance opstår, når der er et misforhold mellem energiindtag og energiforbrug i en længere periode. Når energiindtaget overstiger energiforbruget, opstår der en positiv energiubalance, som resulterer i en vægtøgning. Basalstofskiftet styres ikke af viljen, hvorfor indtag af kost og drikke samt fysisk aktivitet er de centrale elementer i ethvert vægttabsprogram.

Hvordan måles komponenterne i energibalancen?

Registrering af kost, drikke, slik eller snacks og fysisk aktivitet kan aldrig foretages helt præcist, men registreringen kan bevidstgøre patienten om kost- og motionsvaner, ligesom registreringen kan give lægen et indtryk af, hvor der kan være potentiale for ændringer, der kan fremme sundheden. Interview kan være en anden metode til at danne sig et overblik over energiindtag og fysisk aktivitet.



Forslag til registrering:

- Typen og mængden af kost
- Drikkevarer (vand, kaffe, te, mælkeprodukter, læskedrikke, juice, alkohol)
- Slik, snacks m.m.
- Medicin
- Fysisk aktivitet (motion, sport, praktiske gøremål)
- Transport
- Tidspunkter for indtagelse og udførelse af ovenstående.

Overblikket kan fås ved at anvende skema til egenregistrering (se liste over nyttige internetadresser og supplerende litteratur på www.dsam.dk) eller ved at interviewe patienten. Brug eventuelt en skridttæller for at få overblik over den fysiske aktivitet.

Som minimum bør registreringen omfatte to hverdage og en dag i weekenden – og ideelt set syv dage i træk. Patienten kan eventuelt vejes umiddelbart før og efter en længere registreringsperiode for at få en indikator for, om registreringen i sig selv har ført til ændringer i energibalancen (lavere indtag og/eller øget aktivitet) indikeret ved vægttab.

På ovenstående måde får lægen et godt overblik over patientens levevis, og hvorfor og hvordan patienten er blevet overvægtig. Det er et godt udgangspunkt for at udarbejde en strategi for vægttab sammen med patienten.

Af Rasmus' papirjournal fremgår det, hvordan hans vægt udviklede sig, fra han blev født, til han begyndte i skole. Rasmus blev født for tidligt, og han havde en meget lav fødselsvægt. Han fulgte 75-percentilen, til han blev 3 år – men så steg hans BMI-kurve drastisk. Der var således tale om tidlig rebound, hvilket tyder på en øget risiko for overvægt i voksenalderen. Alle i Rasmus' nærmeste familie er svært overvægtige. Rasmus har ifølge optegnelserne i journalen ikke før i nævneværdig grad prøvet at ændre livsstil for at tabe sig.

Rasmus' kost og fysiske aktivitet skal kortlægges for at få et overblik over forholdet mellem energiindtag og fysisk aktivitet i dagligdagen. Til det formål bruger lægen et skema, hvor Rasmus i 3 dage skal registrere fysisk aktivitet og alt, hvad han spiser og drikker. Lægen sikrer sig, at Rasmus er klar over, at al fysisk aktivitet skal indgå i registreringen, så hun kan få et indtryk af, hvor anstrengende hans fysiske aktivitet er, og hvor stor en del af døgnet han er fysisk aktiv. Registreringen giver lægen mulighed for at inspirere til alternative måder fx at transportere sig eller udføre anden nødvendig, daglig aktivitet på. Registreringen giver Rasmus mulighed for at få et overblik over hans nuværende livsstil, og gør det lettere at finde ændringsmuligheder.

Rasmus skal registrere sit energiindtag, så lægen kan få indtryk af, hvad og hvor meget han spiser og drikker. Det er vigtigt, at han forsøger at spise, drikke og bevæge sig, nogenlunde som han plejer. Det kan være meget forskelligt fra menneske til menneske, hvordan vi lever i hverdagen, og ofte kan nye, gode vaner med overraskende stor effekt påbegyndes med overraskende lille indsats fra patientens side, hvis man vælger de rigtige indsatsområder.

Klinisk trin 5

Bestem, på hvilket plan klinisk intervention er nødvendig

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- A** Et BMI > 30 bør følges op med tilbud om behandling.
- A** Et BMI mellem 25-30 bør følges op med måling af taljeomfang, og såfremt dette er forhøjet, tilbydes behandling.
- B** Et BMI > 25 bør give anledning til overvejelser om, hvorvidt patienten har en øget sygdomsrisiko.
- B** En vægtøgning > 10 kg siden 20-års-alderen eller > 5 kg siden sidste konsultation bør give anledning til afdækning af årsag og dermed behandlingsovervejelser, specielt ved et BMI > 25.
- A** Ved et givent BMI er risikoen for hjerte-kar-sygdom større blandt asiater og mindre for afrikanere, end for kaukasider
- B** Risikogrænserne for taljemålet er mindre præcise end risikogrænserne for BMI.

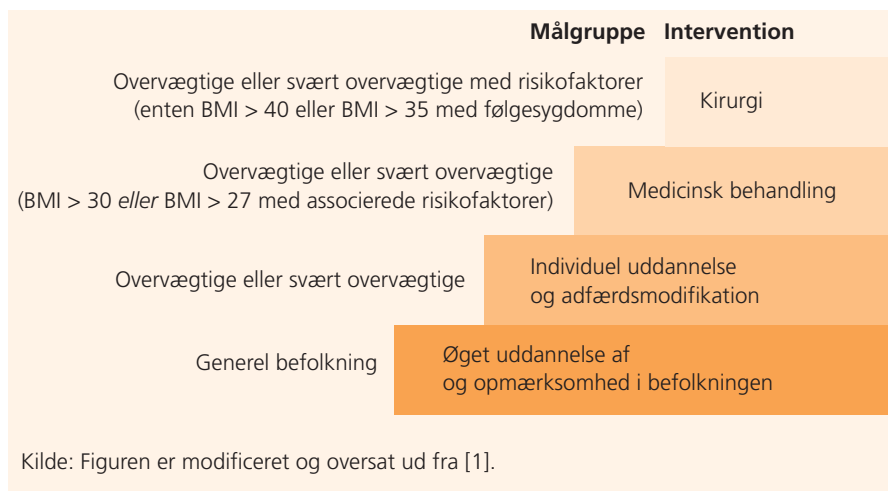
Hvem bør lægen intervenere over for?

Interventionen bestemmes af risikoen for at udvikle følgesygdomme.

Forebyggelse af overvægt er meget vigtigt, og lægen bør derfor indlede en dialog med alle voksne, der er i risiko for at udvikle overvægtsrelateret sygdom. Voksne ikke gravide patienter med en vægtøgning > 5 kg siden sidste vejning og patienter med en vægtøgning > 10 kg siden 20-års-alderen bør have tjekket kolesterol, faste-glukose, levertal, TSH og blodtryk og informeres om helbredsforbedrende adfærd i forhold til den individuelle risiko.

Det anbefales altid at tilbyde en vægttabsbehandling til patienter med et BMI > 30 eller med et taljemål > 88 cm for kvinder og et taljemål > 102 cm for mænd.

Figur 1: Trappemodel for klinisk håndtering af overvægt.



Hvilke niveauer af intervention er anvendelige til opnåelse af vægttab?

Det fremgår af Figur 1, at der er fire niveauer for intervention.

Det første niveau gælder den generelle befolkning. De næste tre niveauer gælder overvægtige og svært overvægtige og indebærer henholdsvis ernæringsundervisning og adfærdsmotivation efterfulgt af klinisk intervention i form af medicin eller kirurgi.

Alle niveauer er relevante, men i denne vejledning er befolkningsniveauet ikke inddraget.

Rasmus vejer for meget og har taget på gennem det sidste år, så hans risiko for følgesygdom er markant forøget. Han skal først og fremmest ændre på kost og drikke og langsomt begynde at øge den fysiske aktivitet.

Lægen og Rasmus snakker om, hvor meget der skal til, for at hans risiko for sygdom reduceres. Det overrasker Rasmus, at risikoen for at udvikle sygdom falder markant, hvis bare han kan tabe 7,5 kg.

Klinisk trin 6

Udtænk mål og behandlingsstrategi sammen med patienten

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- B** For overvægtige med risikofaktorer kan et vægttab på 5-10% reducere risikoen for sygdom.
- A** Tilsigtet vægttab har en gavnlig effekt på overlevelsen for personer med overvægtsrelaterede sygdomme og risikofaktorer herfor.
- A** Tilsigtet vægttab hos raske individer uden overvægt eller moderat overvægt kan medføre negativ effekt på overlevelsen.
- B** For at reducere risikoen for sygdom bør mænd stile mod et taljemål < 102 cm, og kvinder mod et taljemål < 88 cm. (Målene gælder for kaukasider).
- C** Overvægtige patienter bør have langtidskontakt til og støtte fra sundhedsprofessionelle.
- D** Lægen bør løbende sikre sig, at patienten ikke har urealistiske forventninger til mål og behandlingseffekt.
- D** Den praktiserende læge bør ved behov henvise til andre sundhedsprofessionelle med specielt kendskab til vægthåndtering.
- ✓ Behandlingsstrategien bør baseres på individuel vurdering af risikoen ved den aktuelle overvægt og ved eventuel følgesygdom af overvægt eller andre sygdomme og forhold i øvrigt hos patienten. En kombination af nedsat energiindtag og øget fysisk aktivitet, hvilket resulterer i et langsomt vægttab, bør tilstræbes. Specielt i fasen, hvor vægttabet skal opretholdes, er det vigtigt med en højere grad af fysisk aktivitet end tidligere for at undgå vægtøgning.
Det kan være en fordel at definere succeskriterier som delmål under processen, selv om patienten sammen med lægen fastlægger et endeligt mål for vægten.

Hvad bør være det vigtigste mål i et vægttabsprogram?

Det vigtigste mål i ethvert vægttabsprogram bør være en forbedring af helbredet. For at reducere risikoen for sygdom bør mænd tilstræbe et taljemål < 102 cm (helst < 94 cm), og kvinder et taljemål < 88 cm (helst < 80 cm). Dette vil dog ikke altid være muligt at opnå hos meget høje personer. Hos andre etniske grupper end kaukasider er grænserne for taljemål endnu ikke fastlagt. Et vægttab svarende til 5-10% af kropsvægten, uafhængigt af startvægten, vil resultere i signifikante forbedringer i stofskiftet og dermed også helbredet. For overvægtige med risikofaktorer kan et vægttab på 5-10% reducere risikoen for sygdom [1, 4].

Målbare, realistiske mål for vægttab og taljeomfang er vist i Tabel 4.

Tabel 4: Realistiske mål for vægt og taljeomfang [1]

Tidshorisont	Vægt	Taljeomfang
Kort sigt	1-4 kg pr. måned	1-4 cm pr. måned
Mellemlangt sigt	10% af startvægten	5% efter 6 uger
Langt sigt	10-20% af startvægten	88 cm (kvinder) 102 cm (mænd)

Mænd bør tilstræbe et taljemål < 102 cm, og kvinder et taljemål < 88 cm. Et vægttab svarende til 5-10% af kropsvægten, uafhængigt af startvægten, vil resultere i signifikante forbedringer i stofskiftet og dermed også helbredet.

Hvilke delmål kan fastsættes?

Andre delmål, der er opnåelige på kort, mellemlangt eller langt sigt, og som ikke er vægtrelaterede, bør fastsættes i samarbejde med patienten. Helbredsfræmmende intervention kan være andet end vægttab i sig selv, hvilket er vigtigt at pointere overfor patienter, der tillægger sig en sundere livsstil men som måske synes, at vægttabet udebliver eller er mindre end forventet.

Disse delmål kan fx være:

- Ændret spiseadfærd (langsommere spisetempo, mindre portioner, sundere kostvalg, kostplanlægning, tilberedelsesvaner og etablering af regelmæssige måltider)
- Reduceret trang til at spise
- Bedre evne til at skelne sult fra lækkersult
- Øget deltagelse i regelmæssig, sjov fysisk aktivitet
- Mere fysisk aktivitet i hverdagen
- Færre smerter fra muskler og led.
- Forbedret selvværd
- Reduktion af risikofaktorer (i forhold til dyslipidæmi, insulinresistens, hyperglykæmi, transaminasæmi og hypertension).

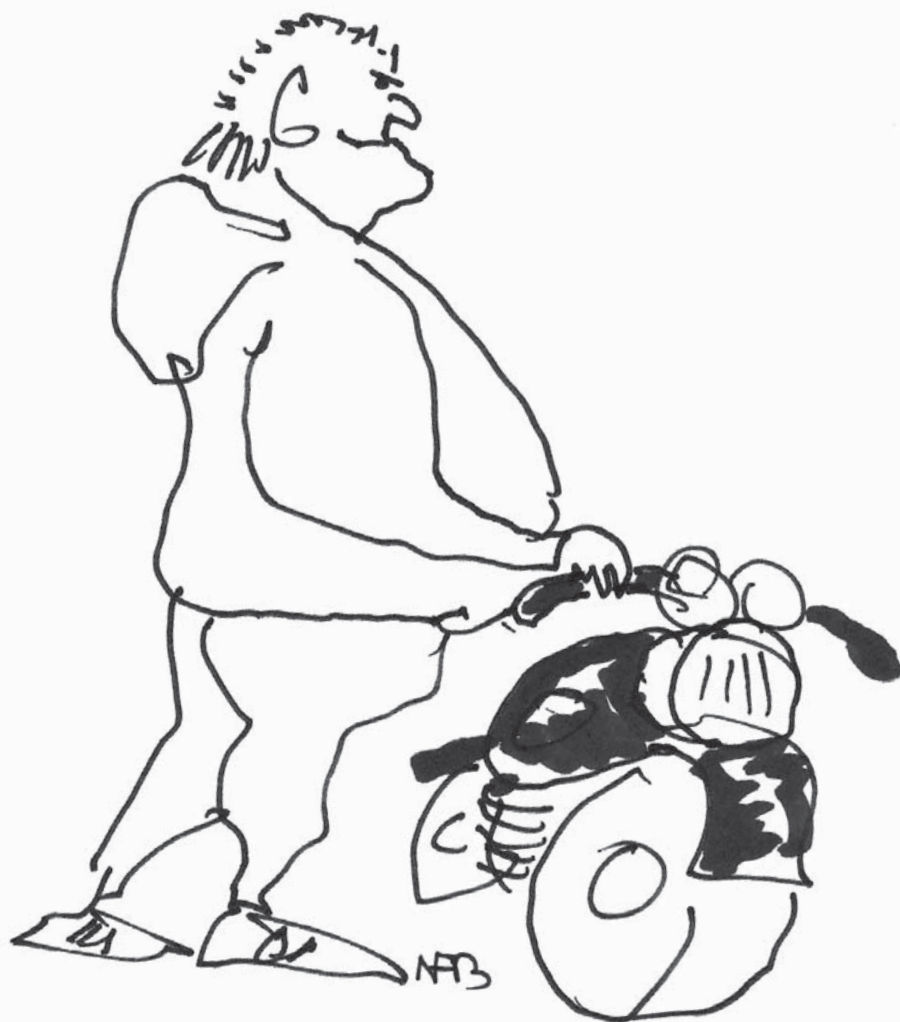
Hvordan fastlægges behandlingsstrategien?

Der findes ikke én speciel behandlingsstrategi, som er bedst egnet til at opnå et langsigtet vægttab. Alle succesfulde langsigtede vægttabsprogrammer involverer en form for livsstilsændring, hvor energiindtaget reduceres (færre kalorier), samtidig med at energiforbruget øges (højere grad af fysisk aktivitet), hvorved der opnås et energiunderskud. For nogle mennesker kan farmakoterapi og/eller kirurgi være nyttige supplementer til en livsstilsændring, og denne behandling kan forbedre succesraten betydeligt i forhold til en livsstilsændring alene.

I selve vægttabsfasen opnås den største del af den negative energibalance ved nedsættelse af energiindtaget, idet det kræver en meget stor øgning af den fysiske aktivitet at opnå en betydelig negativ energibalance. Hvordan energiindtaget reduceres, altså den procentvise sammensætning af kulhydrat, fedt og proteiner, har ikke betydning for vægttabet. Med hensyn til den øgede fysiske aktivitet er det den absolutte arbejdsmængde, der har betydning, hvorimod arten og intensiteten af den fysiske aktivitet er uden betydning for vægttabet. I opretholdelsesfasen er det vigtigt at være mere fysisk aktiv end tidligere for at undgå vægtøgning. Dette skyldes, at fysisk aktivitet har en positiv indflydelse på appetitreguleringen og på humøret. Den positive indflydelse på humøret er velunderbygget og et vigtigt element i motiveringen af patienten. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at den reducerede kropsvægt betyder, at der anvendes mindre energi til de daglige aktiviteter, dvs. til at bære kropsvægten. Et vægttab opnået over en længere periode ved små ændringer er lettere at opretholde end et vægttab opnået i løbet af kort tid ved meget omfattende livsstilsændringer [32].

Er patientens forventninger til vægttab realistiske?

Undersøgelser viser, at de fleste patienters forventninger til et vægttab er urealistiske. Mange patienter forventer at tabe op til 35% af deres startvægt ved ændret livsstil og medicinsk terapi. Ifølge undersøgelser er det realistisk at tabe 5-15% af startvægten (gennemsnitligt 8%) over en 1-årig periode ved at tilpasse kost og drikke og øge den fysiske aktivitet. Undersøgelser tyder på, at patienter med type 2-diabetes har sværere ved at tabe sig og fastholde vægttabet end personer uden diabetes [33]. Et dansk studie fra almen praksis har dog vist, at patienter med type 2-diabetes op til 6 år efter diagnosen kan opretholde et mindre vægttab [34].



Lægen spørger til Rasmus' forestillinger om den nye livsstil, som han er motiveret for: Hvilke mål sætter han sig, hvordan har han tænkt sig at nå disse mål, og hvad forventer han at opnå med sin indsats? Rasmus vil gerne veje under 100 kg – men samtidig synes han, at det virker fuldstændig uoverskueligt at skulle af med en tredjedel af sig selv! Han er også meget usikker på, hvor lang tid det kommer til at tage. Da lægen presser ham lidt til selv at komme med et bud på tidshorizonten, svarer Rasmus tøvende 1 år. Lægen nikker samtykkende – det vil det i hvert fald komme til at tage – men lægen opmuntrer samtidig Rasmus til at fokusere på delmål. Dee enes om at stile mod, at Rasmus taber sig 5 kg i løbet af de første 5 uger.

For at tabe 1 kg fedt pr. uge skal Rasmus ændre (reducere) sin energibalance med ca. 1.000 kcal pr. dag. Det kan gøres ved at erstatte 2,5 l cola pr. dag med sukkerfri cola eller ved at gå 7 km pr. dag (Rasmus vejer 150 kg, så han forbrænder knap 150 kcal pr. km) uden at spise mere eller være mindre aktiv på andre tidspunkter – eller ved en kombination af at erstatte 2 l sukkerholdig cola med 2 l cola light pr. dag (en reduktion på 5.740 kcal pr. uge) og at gå 1,5 km pr. dag (en ekstra energiomsætning på 1.575 kcal pr. uge), i alt 7.315 kcal pr. uge. Beregningen forudsætter bl.a., at Rasmus er i energibalance ved start, og at han i øvrigt spiser, drikker og er fysisk aktiv som før. Rasmus tænker lidt over det og mener nok, han kan nøjes med 0,5 l cola pr. dag (han drikker 2,5 l på nuværende tidspunkt), og så vil han gerne i gang med at gå ture, og en tur på en 1,5 km pr. dag mener han selv må være muligt.

Rasmus er overrasket over, at han i første omgang ikke behøver ændre andet. Han spørger ivrigt, om han ikke også skal opgive måltiderne med vennerne på burgerbaren og skifte bilen ud med cyklen. Lægen anerkender hans motivation og siger, at han er meget velkommen til at overveje og eksperimentere med andre ændringer. Hun siger også, at det er godt, at Rasmus er så indstillet på at gøre noget godt for sig selv.

Lægen forklarer, at kostvaner m.v. ligger dybt indgroet i os og betyder meget for os som mennesker. Det kan derfor være sværere at ændre vaner, end man umiddelbart skulle tro. Netop derfor er det vigtigt, at man er glad for alle fremskridt, og at man fejrer de små sejre. Det er også vigtigt, at man ikke kaster sig ud i flere ændringer ad gangen, end man kan overskue i hverdagen. Lægen og Rasmus aftaler derfor i starten at fokusere på de små ændringer med cola og gåture. Lægen ser frem til næste gang at høre om, hvordan det er gået med disse ændringer. Ved næste konsultation kan de også tale om eventuelle justeringer og yderligere ændringer [3].

Klinisk trin 7

Ordiner eller henvis til vejledning om kost og fysisk aktivitet

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- A** Vejledning i reduceret energiindtag kan tage udgangspunkt i fast kostplan, fleksibelt tællesystem, kostomlægning, diæt baseret på næringspulver eller små, gradvise ændringer
- A** Fedtfattig kost spist ad libitum kan sænke det daglige energiindtag med 2-4 MJ og føre til vægttab på 2-6 kg efter 1 års behandling.
- A** Diæter med lavt kalorieindhold (energireduceret diæt) kan resultere i forholdsvis stort og hurtigt vægttab efter 6 måneders behandling, men de fleste patienter oplever vægtøgning i de efterfølgende 1-2 år.
- A** Øget fysisk aktivitet ved moderat intensitet, svarende til 30-60 minutters ekstra rask gang dagligt, bevirker et vægttab på ca. 1-2 kg efter 1 år, bevarer muskelmassen, fremmer tabet af abdominalt fedt og forbedrer den metabole sundhed uafhængigt af vægttabet.
- B** Omfanget af fysisk aktivitet bør være 60-90 minutter pr. dag ved moderat intensitet for at fremme vægttab og opretholdelse af vægttab bedst muligt.
- A** Vægttab og fysisk aktivitet kan reducere behovet for medicineret af eventuelle følgesygdomme. Dette afhænger af omfanget af og hastigheden for vægttabet samt omfanget af fysisk aktivitet.
- D** Der er på nuværende tidspunkt ikke langvarig evidens, der støtter anvendelsen af »populære« diæter.

Hvilken metode er at foretrække til behandling af overvægt?

Af hensyn til motivation og efterlevelse bør patienten altid være medbestemmende ved valg af såvel kost og drikke som fysisk aktivitet.

En række forskellige diættypen kan fremkalde et stort, initialt vægttab. Det omfatter bl.a. diæt baseret på fast kostplan, diæt baseret på fleksibel kaloretælling og diæt baseret på næringspulver.

Opretholdelse af vægttab kræver permanente ændringer i kost- og drikkevaner (med særligt fokus på at begrænse fedtindholdet) og 60-90 minutters daglig ekstra fysisk aktivitet ved moderat intensitet.

Energireduceret diæt kan vælges i en kortere periode, hvis et stort og hurtigt vægttab er sundhedsmæssigt påkrævet, og hvis patienten er motiveret for en sådan diæt. Diæt bør altid efterfølges af vejledning om opretholdelse af det opnåede vægttab med fokus på varige ændringer i forhold til kostvaner og fysisk aktivitet.

Moderat intensitet svarer til rask gang og andre aktiviteter, hvor pulsen kommer op, men hvor du er i stand til at tale med andre samtidig.

Hvordan kan patientens energiindtag reduceres?

Det centrale formål med de kostmæssige ændringer er at reducere patientens totale energiindtag på en måde, der er sund, og som kan efterleves. Det sker bedst ved at reducere indtaget af fedt (især mættet fedt), kulhydrat (især stivelse fra raffinerede kornprodukter og tilsat sukker) og alkohol [35].

Energiindtaget kan endvidere reduceres ved at reducere portionsstørrelser [36] og indtaget af energiholdige drikkevarer [37]. Indtaget af protein [38] og kostfibre [39] bør bevares eller øges af hensyn til mæthed og sundhed. Om energireduktionen bør baseres på et mindre indtag af henholdsvis fedt, kulhydrat eller alkohol, afhænger af patientens vaner og motivation.

Den optimale metode til at reducere energiindtag er at reducere indtaget af fedt, kulhydrat og alkohol.

Enhver form for fysisk aktivitet er bedre end ingen.

60-90 minutters fysisk aktivitet pr. dag, de fleste dage om ugen, er formentlig den mest effektive metode til at opnå og opretholde et vægttab.

Hvor meget fysisk aktivitet bør ordineres?

Enhver form for fysisk aktivitet er bedre end ingen. Lægen bør opfordre til fysisk aktivitet ved moderat intensitet (fx rask gang eller tilsvarende), som over en periode øges gradvist til mere end 30 minutter pr. dag, helst alle ugens dage [40].

For at opnå vægttab og opretholde det, er det nødvendigt at være fysisk aktiv ved moderat intensitet 60-90 minutter pr. dag, helst alle ugens dage. Det anbefales, at patienten gradvist øger omfanget af den fysiske aktivitet op mod de 60-90 minutter for at undgå eventuelle skader, fx overbelastningsskader, hvis patienten tidligere har været stillesiddende [41].

Lægen bør opmuntre patienten til at gøre fysisk aktivitet til en del af sin daglige livsstil. Fysisk aktivitet i sig selv øger livskvaliteten, forbedrer nattesøvnen, beskytter mod kognitiv svækkelse, når vi bliver ældre, dæmper angst og stress og reducerer risikoen for udvikling af forskellige sygdomme. Beslutninger om, hvilken form for fysisk aktivitet der er at foretrække, bør tages sammen med patienten og bør i øvrigt afhænge af patientens alder, symptomer, ledsagende risikofaktorer og motivation. Vægtbærende, dvs. bærende egen kropsvægt, fysisk aktivitet ved moderat intensitet (fx gang) indebærer den fordel, at den overvægtige patient forbrænder relativt meget energi som følge af den større kropsvægt. Vægtbærende fysisk aktivitet ved høj intensitet (fx løb) indebærer risiko for overbelastning af leddene som følge af den større vægt samt demotiverende fiaskooplevelser. Ikke-vægtbærende fysisk aktivitet (fx cykling, svømning og styrketræning med ydre belastning i stedet for egen kropsvægt) indebærer de fordele, at de kan udføres på trods af ledproblemer, hvor den overvægtige patients absolutte kondition (maksimale iltoptagelse) og styrke bliver en arbejdsfysiologisk fordel, der kan medføre succesoplevelser og øget chance for efterlevelse.

Et simpelt svar på spørgsmålet »hvad er den bedste fysiske aktivitet for den overvægtige?« er: »Den aktivitet, der får patienten til at føle sig så tilpas, at vedkommende gennemfører aktiviteten jævnligt og gennem længere tid«.

Hvorfor taber patienten sig nogen gange mindre end forventet?

Intervention med øget fysisk aktivitet medfører mindre vægttab end forventet i forhold til den øgede energiomsætning.

Dette kan skyldes:

- Manglende udførelse af den tilstræbte fysiske aktivitet
- Reduceret spontan fysisk aktivitet
- Øget energiindtag
- Positiv energibalance ved interventionens start
- Øget muskelmasse, glykosedepoter og vand forbundet hermed.

På samme måde kan ændringer i kost- og drikkevaner, der medfører et reduceret energiindtag, føre til et vægttab, der er mindre end teoretisk forventeligt, af disse årsager:

- Manglende efterlevelse af den tilsigtede vaneændring
- Overdrivelse af type, frekvens eller omfang af den gamle vane
- Samtidigt øget energiindtag på andre områder i kost- og drikkevanerne
- Samtidig reduceret fysisk aktivitet
- Positiv energibalance ved interventionens start.

Hvordan bør programmer for kost og fysisk aktivitet organiseres?

Patienten bør være udstyret med korrekt og opdateret information og vejledning om kost og fysisk aktivitet fra anerkendte og/eller evidensbaserede kilder (se nyttige internetadresser og supplerende litteratur på www.dsam.dk). Hvis lægen ikke har mulighed for at informere patienten, kan opgaven uddelegeres til kompetent praksispersonale eller andre sundhedsprofessionelle, som har mulighed for at støtte patienten efter lægens anvisning. Målet er ikke at give patienten så meget information som muligt, men at give patienten den information, som er nødvendig, for at patienten kan gennemføre og fastholde sundhedsfremmende adfærdsændringer.



Hvor kan der henvises til?

Omfanget og indholdet af vejledning kan variere, hvorfor lægen kan søge assistance hos andre sundhedsprofessionelle. Det kan omfatte kliniske diætister, professionsbachelorer i ernæring og sundhed, cand.scient.er i human eller klinisk ernæring, cand.scient.er i idræt eller human fysiologi, fysioterapeuter, speciallæger og psykologer. Der kan være tale om videre henvisning eller delt behandling. Andre sundhedsprofessionelle i almen praksis, fx praksissygeplejersker, kan være en vigtig del af det professionelle team, hvis de har den nødvendige uddannelse og kompetence. Det kan også være relevant at henvise til holdbaserede forløb for overvægtige, da sådanne forløb har psykosociale og cost benefitmæssige fordele, som ikke opnås ved individuel behandling. Det kan fx være holdforløb ved regionale eller kommunale tilbud, (henvis til sundhed.dk) vægtstoprådgivere, der er sundhedsprofessionelle efteruddannet i vægtstoprådgivning, eller kommercielle programmer. Lægen bør kontrollere den faglige kvalitet af koncepter og kompetencer hos dem, der henvises til, og sikre den nødvendige medicinske overvågning af patienten.

Virker populære diæter?

De fleste populære diæter virker på kort sigt, fordi energiindtaget reduceres. Ofte ses det dog, at de populære diæter ikke kan fastholdes over længere tid, og de har derfor en tendens til ikke at resultere i varige vægttab.

Rasmus kommer til kontrol efter ti dage. Han har tabt 0,5 kg. Han synes selv, han har sat voldsomt ind med cykling, samtidig med at han har droppet den sukkersødede cola til fordel for cola light. Rasmus er stolt og ivrig. Lægen understreger, at cykling er rigtig godt – det styrker benene, og den fysiske aktivitet er ikke vægtbærende, hvilket er en fordel for knæene. Lægen husker at anerkende Rasmus for hans fornuftige måde at gribe det nye liv an på.

Lægen har ofte oplevet, at overvægtige patienter lægger ud med meget stramme planer for kost og fysisk aktivitet, som ikke er forenelige med en almindelig tilværelse. Derfor kan planerne ikke gennemføres i længere tid, hvilket resulterer i tilbagefald til gammel livsstil og oprindelig overvægt. Lægen støtter derfor Rasmus i at fortsætte med at drikke cola light eller postevand og at cykle efter evne. De snakker sammen om, at Rasmus faktisk først behøver at sætte sig nye mål for sin livsstil, når det ugentlige vægttab ikke indfinder sig længere.

Lægen opfordrer dog Rasmus til at overveje, hvor han på længere sigt vil have lyst til at sætte ind med næste lille skridt mod vægttab.

Endelig får de en snak om, hvorvidt det kunne være en ide, at Rasmus i stedet kommer til kontrol hos praksissygeplejersken og følges af lægen med lidt større interval.

Klinisk trin 8

Ordiner medicinsk behandling – eller henvis til fedmekirurgi

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

- A** Farmakoterapi kan være et nyttigt supplement til livsstilsændringer hos patienter med enten et BMI > 30 eller et BMI > 27 og følgesygdom
- A** Fedmekirurgi giver relativt store vægttab, der kan opretholdes i mange år.
- A** Fedmekirurgi reducerer mortalitet og morbiditet, specielt type 2-diabetes og søvn-
apnø.
- B** Fedmekirurgi kan overvejes hos motiverede personer med enten et BMI > 40 eller et BMI > 35 med følgesygdom.
- A** Medicin kombineret med livsstilsbehandling giver et gennemsnitligt klinisk relevant vægttab på yderligere 3-5 kg i forhold til livsstilsbehandling alene.
- B** Det ekstra vægttab på 3-5 kg, der opnås ved medicinsk langtidsbehandling, nedsætter risikoen for at udvikle type 2-diabetes og for at udvikle metaboliske risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom.
- B** Langtidsopfølgning er nødvendig for at opnå og opretholde vægttab som følge af konventionel og medicinsk behandling.
- B** Supplerende adfærdsbehandling bidrager til opretholdelse af vægttabet.

Hvilke typer af medicin kan ordineres i forbindelse med vægttab?

Farmakoterapi kan være et supplement til livsstilsændring med henblik på at opnå et yderligere vægttab. Aktuelt er to veldokumenterede receptpligtige præparater og et mindre dokumenteret receptpligtigt præparat tilgængelige i Danmark. De kan ordineres til patienter med enten et BMI > 30 eller til patienter med et BMI > 27, hvis der er følgesygdomme relateret til svær overvægt, fx type 2-diabetes eller dyslipidæmi, hvor livsstilsændringer har været utilstrækkelige.

I kombination med livsstilsændringer medfører Orlistat (120 mg pr. tablet) og Sibutramin over en 1-2-årig periode et ekstra vægttab på henholdsvis 3 kg og 5 kg i forhold til livsstilsbehandling alene. For at nedsætte risikoen for bivirkninger, herunder afhængighed, anbefales Amfepramon kun til 3-måneders behandling, hvorimod det er muligt at ordinere Orlistat op til 4 år og Sibutramin op til 1 år. Kun vægttab, der kan opretholdes i mindst 1 år, har dokumenteret sundhedsfremmende effekt. Medicinen er kun effektiv, så længe den bliver indtaget, og ved ophør med medicinering stiger vægten sædvanligvis igen. Oplysninger om enkelttilskud kan findes på Lægemiddelstyrens hjemmeside (www.laegemiddelstyrelsen.dk).

Hvad med alternativ behandling eller håndkøbsmedicin?

Orlistat er også tilgængeligt i håndkøb i den halve dosis (60 mg pr. tablet), og det er den eneste håndkøbsmedicin med dokumenteret vægttabseffekt: ca. 2 kg ekstra i forhold til livsstilsændringer alene efter 6 måneders behandling. En lang række alternative behandlinger er tilgængelige, men der er ingen evidens for et langsigtet vægttab ved disse metoder. Patienter bør vejledes om manglen på evidens ved indtagelse af håndkøbsmedicin, som lover vægttab, og om, at det i visse tilfælde kan være farligt at indtage dem.

Medicin til brug ved vægttab er kun effektiv, så længe den bliver indtaget, og ved ophør med medicinering stiger vægten sædvanligvis igen.

Hvornår bør fedmekirurgi anvendes?

Generelt kan fedmekirurgi overvejes til alle over 18 år ved et BMI > 40 eller ved et BMI > 35 sammen med medicinske følgesygdomme såsom type 2-diabetes, søvn-
apnø, hypertension og lettere hjerteinsufficiens. For patienter over 60 år kan kirurgi
være indiceret efter en særlig vurdering af risici versus fordele, da der er fundet
højere operativ dødelighed for patienter over 65 år [42, 43].

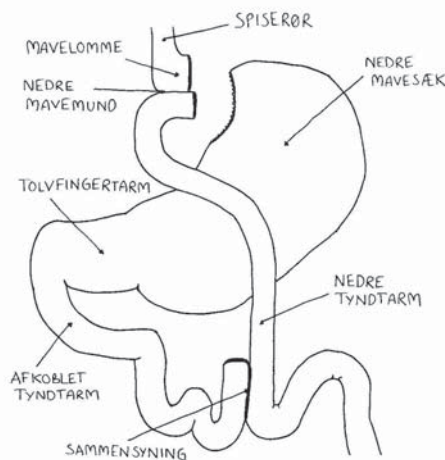
Fedmekirurgi kan være et
behandlingstilbud for borgere
i aldersgruppen 18-60 år ved
et BMI > 40 eller ved et BMI
> 35 sammen med alvorlig
følgesygdom.

Det er vigtigt at sikre sig, at patienten er stærkt motiveret for indgrebet, forstår
indgrebets karakter og tidligere har forsøgt seriøs konventionel vægttabsbehand-
ling. Desuden er der en række relative kontraindikationer, der gør, at fedmekirurgi
er uhensigtsmæssigt eller direkte bør frarådes. Dette omfatter sværere psykiatriske
lidelser (fx skizofreni og sværere depressioner), spiseforstyrrelser (fx bulimi), tidlige-
re operationer i mave-tarm-kanalen, misbrugsproblemer og alvorligere sygdomme,
som i væsentlig grad øger den operative risiko (fx svær hjerte- eller lungesygdom,
blødningsforstyrrelser osv.).

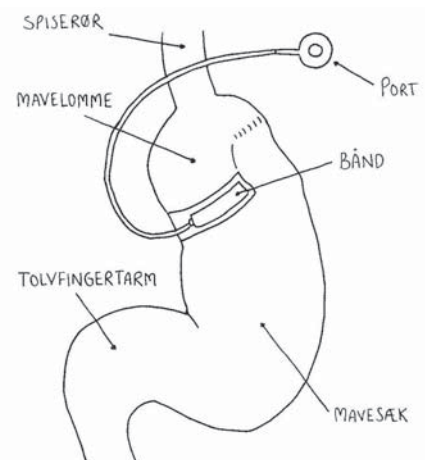
Hvis patienten opfylder kriterierne, kan der henvises til yderligere vurdering med
henblik på fedmekirurgi på et af de fem offentlige sygehuse i Danmark, der aktuelt
er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at udføre denne behandling. Den primære
henvisning stiles til den medicinske afdeling, der derefter henviser patienten til den
kirurgiske afdeling, såfremt fedmekirurgi fortsat vurderes at være indiceret. For at
mindske den operative risiko, og da den operative behandling ofte medfører en
række kostændringer, skal der præsteres et vægttab på mindst 8% af kropsvægten
indenfor 3-6 mdr. forud for operationen.

De fem offentlige sygehuse, der aktuelt tilbyder behandlingen, er: Glostrup,
Hvidovre, Odense, Aalborg og Århus. Herudover tilbydes samme behandling på
flere af landets privathospitaler [42, 43]. (Se sundhed.dk for regionale henvisnings-
kriterier og forløbsbeskrivelser).

Da der er risici forbundet med kirurgiske indgreb, bør lægen informere om dette
eller henvise til specialister, der er i stand til at give grundig information om dette
behandlingstilbud.



Gastrisk bypass



Gastrisk banding

Hvor effektiv er fedmekirurgi?

Kirurgi er den mest effektive behandlingsform til at opnå større vægttab og til at opretholde vægttabet over mange år. Kirurgiske indgreb hos motiverede, svært overvægtige patienter medfører ifølge større studier vægttab på 16-43% (20-65 kg) af udgangsvægten efter 1-2 år [2]. Hos patienter med svær overvægt og type 2-diabetes vil fedmekirurgi i op til 80 % af tilfældene medføre remission af diabetestilstanden. Maksimalt vægttab opnås ca. 2 år efter operationen, hvorefter der sædvanligvis ses en mindre vægtøgning. Hvor laparoskopisk banding (bånd omkring øvre del af mavesækken) indtil 2007 var den hyppigste operationsform, er laparoskopisk gastrisk bypass (frakobling af nedre mavesæk og øvre tyndtarm, hvor man kobler 20 ml mavelomme på nedre del af tyndtarmen) nu det hyppigst forekommende kirurgiske indgreb for alle aldersgrupper i Danmark [42, 43].

Hvordan følges der op på fedmekirurgi?

Fedmekirurgi, specielt den gastriske bypass, kan resultere i reduceret optagelse af mikronæringsstoffer. Dette kræver en regelmæssig kontrol, hvorfor man i Danmark efter gastrisk bypass giver tilskud med vitamin B12, jern og kalk/vitamin D samt yderligere tilskud, hvis der påvises mangeltilstande. Patienter, der har gennemgået fedmekirurgi, følges på den medicinske specialafdeling 2 år efter operationen, og herefter overgår kontrollen (sædvanligvis en gang årligt resten af livet) til den praktiserende læge. Ved denne årlige kontrol undersøges det bl.a., om der er udviklet mangeltilstande, ved at måle hæmoglobin, jern, ferritin, cobalaminer, vitamin D25, PTH, calcium, væsketal og levertal. Desuden følges fasteglukose og lipider, patienten vejes, og livsstilsrådene genopfriskes. Ved vægtøgning bør der sættes specielt fokus på kosten, da en del af de patienter, der igen stiger i vægt, indtager relativt meget »flydende« energi. Sådanne patienter kan med fordel henvises til diætist. Ved andre problemer som smerter, hyppige opkastninger osv. henvises patienten til den medicinske eller kirurgiske specialafdeling.

Rasmus spiser hurtigt og meget – hans mave er vant til at blive fyldt godt op. Lægen informerer Rasmus om, at han eventuelt kan tilbydes supplerende medicinsk behandling med appetitnedsættende medicin. Han skal have medicinen i mindst 6 måneder (men uden vægttab efter 3 måneder seponeres behandlingen) og helst længere, hvis den bidrager til vægttabet. Lægen husker Rasmus på, at medicinen kun virker, i den periode den indtages. Ved seponering stiger vægten ofte igen. Rasmus vil gerne fortsætte uden medicin. Han tilbydes derfor hyppige konsultationer ved diætist eller sygeplejerske, der kan rådgive om energireduceret kost og fysisk aktivitet, og lægen understreger igen vigtigheden af at være mere fysisk aktiv.

Rasmus har hørt, at der også er mulighed for fedmekirurgi. Lægen fortæller, at hvis Rasmus' indsats ikke medfører varigt vægttab, og hvis han har enten et BMI > 40 eller et BMI > 35 og desuden type 2-diabetes, kan henvisning til fedmekirurgi overvejes. Der er mulighed for at tage dette op på et senere tidspunkt, fortæller lægen, men hun støtter Rasmus i, at han jo nu er vældigt godt på vej.

Klinisk trin 9

Gennemgå og giv regelmæssig støtte til vægtkontrol og opret-holdelse af væggtab, og tilpas aftaler efter behov

Evidensniveau og anbefalingers styrke

- B** Patientens løbende medicinindtag bør følges, da visse former for medicin giver vægtøgning.
- B** Rygestop er en kendt årsag til vægtøgning, hvorfor det kan være hensigtsmæssigt at kombinere et rygestopforløb med tilbud om vægtkontrol.
- C** Graviditet, menopause og hormonsubstitution er alle kritiske faktorer i forhold til udvikling af overvægt hos kvinder.
- D** Særlige livsbegivenheder, fx indgåelse af ægteskab, ferier og ophør med fysisk aktivitet, kan have indflydelse på udvikling af svær overvægt.
- ✓ Der findes ingen mirakelkure – og behandlingen af overvægt er ofte langvarig. Livsstilsændringer bør løbende revurderes og justeres for at sikre fastholdelse og det er grundlæggende for effektiv behandling, hvilket bør understreges over for patienten.

Hvor længe er vægtkontrol nødvendig?

Efter et opnået væggtab er der livslang risiko for tilbagefald. Læge og patient bør i samarbejde udarbejde en langsigtet plan for, hvordan patienten skal støttes i væggtabsfasen, og, når målet er nået, hvordan væggtabet fastholdes, samt hvordan opfølgningen fra praksisside skal være. Kontakten mellem praksis og patient kan variere i form og intensitet, og der skal være mulighed for at lægge en ny strategi, hvis planen ikke fungerer efter hensigten. Arten af kontakt kan være forskellig fra praksis til praksis. En mulighed er forebyggelseskonsultationer, hvor målet er at ændre patientens livsstil, og hvor patienten selv er en meget aktiv medspiller, der forbereder sig til konsultationerne og tager initiativ til forebyggelsesaktiviteter for at følge en vægthåndteringsplan. Hvis væggtabet forløber planmæssigt, er kortere konsultationer med almindelige vægtkontroller en mulighed. Endelig er der mulighed for løbende e-mail-kontakt eller telefonisk kontakt, hvor patienten melder tilbage om adfærd og vægtudvikling. Det er vigtigt hele tiden at understrege over for patienten, at denne er velkommen, uanset hvordan planen forløber – en plan, der ikke holder, er lagt forkert eller for ambitiøst an – og en plan bør altid kunne tilpasses undervejs.

Hvor hyppig bør kontakten til patienten være?

Forskellige patienter har forskellige behov, selv om grunden til konsultation er den samme. Derfor er det op til den enkelte patient og læge at aftale, hvor hyppig kontakten bør være. I starten er der ofte brug for konsultation hver 14. dag for at opmuntre og motivere patienten samt justere planen, så den fungerer. Når patienten er inde i en god rytme med et jævnt reguleret væggtab og succes med opretholdelse af ikke vægtrelaterede delmål, kan kontakten finde sted en gang om måneden. Det er almindeligt, at patienterne pludselig oplever en vægtstabilisering, selv om de gør det samme, som de har haft succes med i mange uger eller måneder. Ofte sker denne vægtstabilisering, når energiindtagelsen igen svarer til energiforbruget – og det er tid for at ændre planen. På det tidspunkt kan det igen være hensigtsmæssigt

at have lidt kortere intervaller mellem kontakterne og inspirere til nye tiltag samt fokusere på ikke vægtrrelaterede delmål som fx fastholdelse af fysisk aktivitet, forbedring i BT eller andre parametre. Selv når vægten er normaliseret, bør patienten komme til kontrol en gang imellem for at reducere risikoen for ny vægtøgning. Behovet er individuelt, men en til to kontroller om året vil være passende for de fleste.

Hvad er de mest effektive metoder til at opretholde et vægttab på langt sigt?

Mens vægttab kan opnås gennem en lang række metoder, er der en række forhold, som har indflydelse på, om et vægttab kan opretholdes på langt sigt. Baseret på en amerikansk registrering af personer, som har opnået et signifikant vægttab (> 14 kg) og opretholdt det i 5 år eller mere, viser det sig, at et vægttab lettere opretholdes, hvis patienten:

- Indfører bæredygtige kostændringer (fx en ad libitum, lavenergitæt, fedtfattig kostplan)
- Er regelmæssigt aktiv ved høj intensitet (60-90 minutter pr. dag)
- Lærer teknikker til at håndtere overspisningstrang
- Regelmæssigt reflekterer over sin adfærd.

Farmakoterapi skal ses som et muligt nyttigt supplement til livsstilsændringer hos patienter med et BMI > 30 eller med et BMI > 27 og følgesygdom.

Effekten af medicin på vægttabet er kun effektiv, så længe medicinen indtages. Langtidseffekten af og risikoen ved medicinering kendes ikke. Medicin bør kun anvendes under løbende omhyggelig kontrol af lægen og sammen med en langsigtet plan, og medicineringen bør evalueres efter 3 måneder, hvor et tilfredsstillende vægttab bør være > 5% hos ikke-diabetikere og > 3% hos diabetikere.

Såfremt dette ikke opnås, bør det overvejes at seponere den medicinske behandling. Ud fra aktuelle data er kirurgi hos medicinsk fede patienter (BMI > 40) den mest effektive måde til at opnå og opretholde store vægttab (20-40% over 3-8 år) [2].

Hvad medfører særlig risiko for vægtøgning eller tilbagefald til gamle vaner?

- Menopause
- Hormonsubstitution
- Rygestop
- Medicinering
- Indgåelse af ægteskab
- Ophør med fysisk aktivitet – fx ophør med sportsaktiviteter eller immobilisering pga. sygdom
- Ferie
- Kriser, stress og belastningsreaktioner
- Psykisk sygdom.

Et tilfredsstillende vægttab i forbindelse med indtagelse af medicin bør være > 5% vægttab hos ikke-diabetikere og > 3% hos diabetikere.

Den første måned kommer Rasmus hos lægen en gang om ugen, hvorefter han overgår til kontrol hos sygeplejersken hver 14. dag og konsultation hos lægen hver anden måned.

Efter 3 måneder har Rasmus tabt i alt 15 kg, og vægten falder nu sikkert, men lidt langsommere. Rasmus er begyndt at gå i svømmehal og vægttræningscenter, og hans knæ har det forbløffende godt. 15 kg svarer til 60 pakker smør – det griner Rasmus og lægen af.

Rasmus vil gerne have nogle konsultationer hos en diætist for at blive inspireret til at lave sund mad og for at lære at læse varedeklarationer. Han går hos diætisten i 3 måneder og har så tabt yderligere 10 kg.

Da han kommer til konsultation hos lægen et år efter, har han tabt i alt 50 kg – og han har sine et år gamle arbejdsbukser med, som sygeplejersken hopper ned i sammen med Rasmus. Rasmus har nu et BMI på 29 i stedet for et BMI på 44!

Rasmus' forløb afsluttes med en åben dør – lægen fortæller ham, at han formentligt altid vil have en risiko for at falde tilbage i sit gamle mønster, og at det er vigtigt, at han kontakter lægen, hvis det pludselig går den forkerte vej. Lægen og Rasmus aftaler en ny tid om et halvt år, men Rasmus opfordres til at komme før, hvis han tager mere end 5 kg på.

Tværfagligt samarbejde i og uden for almen praksis

Hvordan opspores overvægt i almen praksis?

I venteværelset kan der gøres opmærksom på sundhedsfremmende adfærd og tegn på uhensigtsmæssig livsstil. Informationen i venteværelset kan sætte fokus på, hvordan et samarbejde mellem læge, praksispersonale og patient foregår ved forebyggelseskonsultationer, når en patient skal ændre vaner. På DSAM's hjemmeside for de kliniske vejledninger findes et link til inspiration til sådan information.

Patienten kan på denne måde ledes til selv at bringe overvægt på banen. Lægen kan også med henvisning til informationen i venteværelset, spørge til patientens vægt, vaner og livsstil med mindre risiko for at stigmatisere.

En anden metode til overblik over patientstatus og dermed opsporing af overvægt i praksis er via praksispersonalet at uddele registrerings- eller spørgeskemaer om patientdata (højde, vægt, rygestatus, alkoholindtag, vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet) og på den baggrund at oprette elektroniske risikoprofiler. En større dansk undersøgelse viser, at patientoplyste vægt- og højdedata er mere valide end den enkelte læges vurdering af vægten uden vejning.

Patienterne har dog en tendens til at oplyse en vægt, der er 1-2 kg lavere, og en højde, der er lidt højere, end det, der måles i konsultationen [15, 44].

Der bør være en aftale mellem læge og praksispersonale om, at det er god klinisk praksis at tage initiativ til forebyggelsestiltag, når situationen i konsultationen indbyder til det.

Tilgangen til opsporing og behandling af overvægt vil være forskellig fra praksis til praksis.

Hvordan kan læge og praksispersonale udgøre et støttende team omkring patienten?

Det tværfaglige samarbejde i den enkelte praksis begynder, allerede inden patienten er kommet:

Praksispersonalet skal være uddannet til opgaven og bør løbende superviseres.

Der bør være en klar aftale om arbejdsfordelingen mellem læge og personale ved opsporing og behandling af overvægt.

Praksis kan have en vejledende instruks i god klinisk praksis i forhold til overvægt hos voksne. Det kan fx være praksis' eget resume af denne vejledning.

Det må være en forudsætning, at praksispersonalet har modtaget grundlæggende undervisning i formålet med eventuel registrering af kost- og drikkevaner samt i kostanbefalinger, i effekter af fysisk aktivitet og i samtaleteknik (fx coaching, motiverende samtale, kognitiv terapi, NLP-terapi, interview og brug af understøttende it-dialogværktøjer) for at kunne indgå i teamarbejdet omkring de overvægtige voksne, der ønsker en livsstilsændring.

Er der et praksispersonale til rådighed, kan lægen med fordel på et tidligt tidspunkt introducere patienten for det team, som skal varetage behandlingen. Et veluddannet praksispersonale kan spille en vigtig rolle i forløbet, og en tidlig introduktion sikrer, at patienten så hurtigt som muligt får en professionel samarbejdspartner, der bl.a. kan besvare patientens spørgsmål.

En større dansk undersøgelse viser, at patientoplyste vægt- og højdedata er mere valide end den enkeltes læges vurdering af vægten uden vejning.

Det må være en forudsætning, at praksispersonalet har modtaget grundlæggende undervisning for at kunne indgå i teamarbejdet omkring de overvægtige voksne, der ønsker en livsstilsændring.

Eksempel på instruks til praksis

1. henvendelse

Patienten henvender sig til praksispersonale eller læge angående støtte til vægttab.

Patienten får en tid hos praksispersonalet til blodprøvetagning med henblik på måling af lipider, levertal, TSH og (faste)-blodsukker. Desuden måles blodtryk, taljeomfang og højde, og patienten vejes. Der foretages en beregning af BMI. Patienten er forinden blevet informeret om, hvad der skal ske under konsultationen.

2. henvendelse

Praksispersonalet giver efter vejning og blodprøvetagning patienten en opgave til den efterfølgende konsultation hos lægen, når svar på prøverne foreligger. Opgaven skal danne afsæt for en aftalt forebyggelseskonsultation hos lægen. Opgaven vil ofte være forskellig fra patient til patient. Det kan handle om registrering af kost og drikke samt fysisk aktivitet, vurdering af parathed til opgaven m.m. Patientens vægt, højde, blodtryk, taljemål og samtlige blodprøvesvar indføres i patientens laboratorieskema. Det vil også være hensigtsmæssigt med en historisk vægtanamnese og en afklaring af disposition for forskellige kroniske sygdomme – type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom m.v.

3. henvendelse

Patientens blodprøver gennemgås, og patientens livsstilsprofil og risici vurderes. Derefter diskuteres patientens problematik ud fra patientens historie og opgave. Sammen sætter lægen og patienten mål for vægttabet, både et langsigtet og flere kortsigtede delmål. Praksispersonalet kan eventuelt inddrages, når planen for patienten lægges. Der aftales en aftalt forebyggelseskonsultation hos praksispersonalet.

4. henvendelse

Patienten og eventuelt dennes familie og pårørende indgår i en dialog om muligheder for intervention og eventuelle problemer i den forbindelse. Sammen lægges en plan for en ændring, som patienten skal gennemføre inden næste konsultation. Både det langsigtede og de kortsigtede mål er i fokus (fx reduktion af vægt inden for 3 måneder og reduktion af vægt 1 år frem). Nogle patienter vil gerne ændre deres livsstil radikalt, mens andre forestiller sig, at vægttabet skal foregå over længere tid ved at ændre få ting ad gangen. Patientens ønsker til ændring af adfærd bør respekteres, men hvis målet eller de ønskede livsstilsændringer er urealistiske, må patienten orienteres om, at der findes mindre radikale muligheder, som over år resulterer i et betydeligt vægttab. Det kan illustreres ved at tage udgangspunkt i patientens nuværende adfærd, fx udskiftning af sukkersødet cola med vand/cola light cola light eller hvis, der spises flere portioner mad vente 20 minutter mellem portionerne for at registrere mæthed.

Efterfølgende forløb

Patienten kommer i starten til aftalte forebyggelseskonsultationer hos praksispersonalet hver 14. dag, men efter 1-2 måneder kan der typisk gå op til 3 måneder

imellem hvert besøg. I takt med vægtreduktion kan det være hensigtsmæssigt at måle blodtryk, og en ny blodprøve kan efter nogle måneder være aktuel for at undersøge, om fx kolesteroltallet er forbedret. Efter 3 måneder kan det være motiverende for patienten at få en konsultation hos lægen.

Yderligere henvendelser

Det kan anbefales, at patienten tilbydes en form for livslang kontakt med praksis, måske blot telefonisk kontakt hvert halve år. Ved tegn på tilbagefald kan en telefonisk kontakt resultere i ny konsultation, så der er mulighed for hurtig intervention.

Patienter, som har tabt sig, kan være gode til at vejlede medpatienter i samme situation. Patientuddannelse efter Stanford-metoden (gruppekonsultation) kræver supervision fra praksis' side, men patienters vejledning af andre patienter i lokalområdet kunne aflaste praksis og samfund samt bidrage til opretholdelse af vægttab hos borgere. Forslaget er ment som inspiration, og der findes ikke dokumentation i forhold til vægtopretholdelse.

Hvor kan der hentes støtte til forløb uden for almen praksis efter opsporing?

Har lægen ikke mulighed for at tilbyde hjælp til vægtbehandlingsforløb i egen praksis, kan man foreslå patienten at søge bistand hos:

- Kommunale sundhedscentre, der underviser i og giver støtte til vægtreduktion og fysisk aktivitet.
- Kommunale eller regionale projekter med tilbud til særlige målgrupper blandt voksne, fx gravide, etniske minoriteter eller socialt udsatte borgere, som kan have brug for særlige tilbud og skræddersyet samarbejde.
- Kommunale tilbud om Motion på Recept. Overblik over de kommunale forebyggelsestilbud fremgår af kommunens hjemmeside, en kommunal eller regional sundhedsportal, sundhed.dk eller via kontakt til kommunalforvaltningen
- Sekundærsektoren, som har tilbud i hospitalsregi.
- Diætister, hvor patienten i de fleste kommuner selv betaler for behandlingen. En anden mulighed er, at flere praksis »deler« en diætist.
- Øvrige private, lokale tilbud. Patienten kan opfordres til at vise lægen materiale om det tilbud, som patienten overvejer at benytte, da udbuddet er meget varieret, hvad angår indhold og lødighed.

Etniske minoriteter og overvægt

Evidensniveau og anbefalingers styrke

- B** 17-23% af indvandrere fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Iran, Irak og Bosnien-Hercegovina er svært overvægtige. Dette gælder for 11% af de etniske danskere.
- B** Blandt etniske minoriteter er overvægt en betydelig risikofaktor for udvikling af livsstilssygdomme som iskæmisk hjertesygdom og type 2-diabetes.
- B** For at reducere risikoen for sygdom bør asiater stile mod et taljemål < 92 cm for mænd og < 78 cm for kvinder. Der forefindes fortsat ikke valide mål for en stor del af verdensbefolkningen. Indtil disse foreligger, anbefales det, at befolkningsgrupperne fra Sydøsteuropa og Mellemøsten stiler mod et taljemål < 102 cm for mænd og < 88 cm for kvinder.
- C** Kostvaner er en vigtig del af den kulturelle tradition og noget af det letteste at bevare i forbindelse med immigration. Samtidig udgør adoptionen af en vestlig livsstil et væsentligt problem for mange etniske minoriteter.
- C** Kost sættes gerne i forbindelse med sundhed, men ofte på forskellig måde i forskellige kulturer. Mange mennesker kan ikke gøre rede for, hvorfor det er godt og sundt at spise noget frem for noget andet. Det kan give anledning til misforståelser og problemer, når der skal gives kostvejledning.
- C** I Danmark er mange etniske minoriteter uden for arbejdsmarkedet. De mangler uddannelse og har dårlige sprogkunderskaber, hvilket gør dem socialt isolerede og inaktive. Ydermere anses sport og organiseret fysisk aktivitet i nogle kulturer for upassende for kvinder og ældre mænd.
- C** For at forsøge at forstå den enkelte patients livsstil skal fokus rettes mod individuelle karaktertræk og dernæst mod den kulturelle baggrund. Den familiemæssige, sociale og økonomiske baggrund er ligeledes en væsentlig faktor for patientens adfærd og for, hvad der reelt kan ændres i hverdagen.

Hvad betyder overvægt for sygdom blandt etniske minoriteter?

Blandt etniske minoriteter er overvægt en betydelig risikofaktor for udvikling af livsstilssygdomme som iskæmisk hjertesygdom og type 2-diabetes [45-47].

Danske undersøgelser har vist, at disse sygdomme forekommer hyppigere blandt etniske minoriteter end blandt etniske danskere (Tabel 5), og at de etniske minoriteter har hyppigere kontakt til almen praksis og sygehuset. Samtidig har de etniske minoriteter et lavere medicinforbrug og dårligere metabolisk regulation [3, 48, 49]. Studier peger på, at ikke bare overvægten i sig selv, men også fedtfordelingen, har stor

Blandt etniske minoriteter er overvægt en betydelig risikofaktor for udvikling af livsstilssygdomme som iskæmisk hjertesygdom og type 2-diabetes

Tabel 5: Forekomst af selvoplyst sygdom hos henholdsvis etniske danskere og etniske minoriteter i Danmark [48].

	Selvoplyst forekomst*	
	Danskere	Etniske minoriteter
Type 2-diabetes	2%	3-17%
Hypertension	9%	11-27%
Hjerteproblemer	2%	6-18%
Slidgigt	10%	18-29%
Rygsygdom	14%	18-52%
Psykisk lidelse (depression og angst)	10%	16-40%

*) Det er erfaringen fra litteraturen, at selvoplyst forekomst ofte er et underestimat af den reelle forekomst.

betydning. Således anses abdominalt fedt for at have større betydning for udvikling af iskæmisk hjertesygdom og type 2-diabetes end overvægt i sig selv [47]. Sammenlignet med kaukaside mænd og kvinder har personer fra Asien en større mængde visceralt fedt [50-53], hvilket relateres til øget risiko for udvikling af det metaboliske syndrom (Tabel 5). For at reducere risikoen for sygdom bør kaukaside mænd stile mod et taljemål < 102 cm, og kaukaside kvinder et taljemål < 88 cm. For andre etniske grupper er målene mindre eller større; for asiater er målene fx 10 cm mindre [50].

Der forefindes ikke valide mål for en stor del af verdensbefolkningen. Indtil disse mål foreligger, er det i forhold til befolkningsgrupper fra Sydøsteuropa og Mellemøsten blevet foreslået at følge retningslinjerne for kaukasider.

Hvor stor er forekomsten af overvægt blandt etniske minoriteter i Danmark?

Indvandrere og efterkommere udgjorde i 2007 8,8% af Danmarks befolkning. Blandt indvandrerne kommer to ud af tre personer fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Iran, Irak og Bosnien-Hercegovina [48]. En dansk undersøgelse har fundet, at 17-23% af indvandrerne fra disse lande er svært overvægtige, mens dette gælder for 11% af de etniske danskere [48]. Undersøgelsen fandt, at forekomsten af overvægt i samtlige etniske grupper er højere i de ældre aldersgrupper end i de yngre aldersgrupper. Man fandt, at der var en større andel af overvægtige blandt mænd end blandt kvinder, undtagen blandt indvandrere fra Pakistan og Irak, hvor andelen var størst blandt kvinder [48].

Fleere forskellige faktorer antages at bidrage til de etniske forskelle i forekomsten af overvægt. Kropsopfattelser kan variere alt efter kultur, alder og socialgruppe og kan have betydning for individets selvopfattelse i forbindelse med overvægt. Undersøgelser har vist, at socioøkonomiske faktorer såsom lav indkomst og kort uddannelse er relateret til en høj forekomst af overvægt [54, 55]. Men selv når socioøkonomiske faktorer tages i betragtning, er der fundet højere forekomst af overvægt blandt forskellige etniske minoritetsgrupper i forhold til personer af kaukasid afstamning [55]. Således spiller faktorer som genetik og kultur også en vigtig rolle for udviklingen af overvægt. Endvidere fandt en canadisk undersøgelse, at forekomsten af overvægt var højere blandt etniske minoriteter, der havde været bosiddende i Canada i mange år (> 10 år), end blandt indvandrere, der kun havde været i landet i få år. Dette tages som udtryk for, at adoption af en vestlig livsstil er relateret til en øget risiko for overvægt [56].

En dansk undersøgelse har fundet, at 17-23% af indvandrerne er svært overvægtige, mens dette gælder for 11% af de etniske danskere.

Hvad betyder kulturen for kost og fysisk aktivitet?

Kostvaner er en vigtig del af den kulturelle tradition og noget af det letteste at bevare i forbindelse med immigration. For indvandrere bliver kosten et af de vigtigste symboler på længslen efter hjemlandet, og måltidet bliver det konkrete samlingspunkt i mødet med hinanden og ofte også i mødet med majoritetsbefolkningen [57, 58]. Ved migration til vestlige lande øges tilgængeligheden af højstatusfødevarer som kød, olie og sukker, og det fører til overforbrug. Samtidig kan vestlige produkter som fx fastfood også opfattes som statusgivende, og undersøgelser peger på, at netop adoptionen af en vestlig livsstil udgør et væsentligt problem for mange etniske minoriteter [57].

Undersøgelser har således vist, at mange indvandrere spiser flere søde sager og

Adoptionen af en vestlig livsstil udgør et væsentligt problem for mange etniske minoriteter.

51% af de tyrkiske efterkommere drikker dagligt søde drikke (sodavand o.l.) sammenlignet med 35 % af de etniske danskere i alderen 18-35 år.

Sport og organiseret fysisk aktivitet anses i nogle kulturer for upassende for kvinder og ældre mænd.

For at forsøge at forstå, hvordan den enkelte lever, skal fokus rettes mod personens individuelle karaktertræk og dernæst mod den kulturelle baggrund.



snacks som mellemmåltider efter indvandring til et vesteuropæisk land [59]. En dansk undersøgelse viser, at 51% af de tyrkiske efterkommere dagligt drikker søde drikke (sodavand o.l.) sammenlignet med 35% af de etniske danskere i alderen 18-35 år. Samme undersøgelse har vist, at 43-48% af efterkommerne fra Pakistan og Tyrkiet bruger sukker i forbindelse med indtag af te/kaffe sammenlignet med 10% af de etniske danskere i alderen 18-39 år.

Kost sættes gerne i forbindelse med sundhed, men ofte på forskellig måde i forskellige kulturer. Mange mennesker kan ikke gøre rede for, hvorfor det er godt og sundt at spise noget frem for noget andet. Det kan give anledning til misforståelser og problemer, når der skal gives kostvejledning [57, 58].

I Danmark hører mange indvandrere til blandt de socialt svageste grupper. De er uden for arbejdsmarkedet, de mangler uddannelse, og de har dårlige sprogkunderskaber. Det gør dem socialt isolerede og inaktive [49]. Ydermere anses sport og organiseret fysisk aktivitet i nogle kulturer for upassende for kvinder og ældre mænd [60], og i mange lande kendes den danske tradition for organiseret idræt slet ikke.

En dansk undersøgelse fandt i 1999, at 30% af de tyrkiske mænd og 50% af de tyrkiske kvinder var fysisk inaktive [61]. Til sammenligning var ca. 16% af de etniske danske mænd og 17% af de etniske danske kvinder inaktive. En anden dansk undersøgelse fra 2008 viste, at 32-44% af indvandrere går 30 minutter eller mindre pr. dag. Dette gælder til sammenligning for 24% af de etniske danskere [48]

Hvad betyder kulturforståelse for behandling af overvægt?

Den kulturelle baggrund, som vi hver især har, er af betydning for vores opfattelse af sundhed og for vores adfærd. I mødet med patienter fra etniske minoriteter er det dog vigtigt, at man som sundhedsprofessionel ikke på forhånd mener at vide, hvad der er på spil. Man må ikke tro, at en patient tænker, tror og mener på en bestemt måde, fordi vedkommende kommer fra et andet land. For at forsøge at forstå, hvordan den enkelte lever, skal fokus rettes mod personens individuelle karaktertræk og dernæst mod den kulturelle baggrund.

Den enkeltes familiemæssige, psykosociale og økonomiske baggrund er ligeledes en væsentlig faktor for patientens adfærd og for, hvad der reelt kan ændres i hverdagen [57, 58]. Den enkelte patient er ekspert i sin egen kultur, og man kan som sundhedsprofessionel kun erhverve sig viden herom ved at udvise oprigtig nysgerrighed og interesse for andre måder at tænke og leve på. Mødet med patienter af anden etnisk oprindelse giver den sundhedsprofessionelle mulighed for at konfrontere sig selv med egne værdier, der kan være fremmede, men også hæmmende, i mødet med patienter fra andre kulturer. Det handler om at lære sine fordomme at kende, så de til stadighed kan nuanceres og af- eller bekræftes [58]. Det tager tid at opnå denne viden, ikke mindst pga. en eventuel sproglig barriere, der kræver tolkebistand. Tidsbehovet vil ofte ligge ud over, hvad der sædvanligvis er til rådighed. Det kan derfor anbefales, at man allerede fra starten indstiller sig på, at flere opfølgende konsultationer kan være nødvendige – ikke som tegn på, at forløbet er mere kompliceret, men at det blot kræver mere tid.

Litteraturliste

- 1 Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults. National Health and Medical Research Council. Australia 2003.
- 2 Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obes Facts* 2008;1:106-16.
- 3 Kristensen JK, Bak JF, Wittrup I, Lauritzen T. Diabetes prevalence and quality of diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a native Danish population. *Prim Care Diabetes* 2007 Sep;1(3):159-65.
- 4 The National Collaborating Centre for Primary Care and the Centre for Public Health Excellence at Nice. Nice Clinical Guideline 43, Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
- 5 World Health Organisation. Obesity Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity. WHO Tech Rep Ser; 2000. Report No.: 894;i-xii.
- 6 Neovius M, Sundstrom J, Rasmussen F. Combined effects of overweight and smoking in late adolescence on subsequent mortality: nationwide co-hort study. *BMJ* 2009;338:b496.
- 7 International Association for the Study of Obesity. www.iotf.org/aboutobesity.asp. 2009.
- 8 Sorensen TI, Due P, Hansen B, Heitmann BL, Jorgensen K, Lichtenberg A, et al. [Monitoring the prevalence of obesity]. *Ugeskr Læger* 2008 Jan 28;170(5):317-20.
- 9 Due P, Heitmann BL, Sorensen TI. [The obesity epidemic in Denmark]. *Ugeskr Laeger* 2006 Jan 9;168(2):129-32.
- 10 Jorgensen ME, Glumer C, Bjerregaard P, Gyntelberg F, Jorgensen T, Borch-Johnsen K. Obesity and central fat pattern among Greenland Inuit and a general population of Denmark (Inter99): relationship to metabolic risk factors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003 Dec;27(12):1507-15.
- 11 Heitmann BL, Stroger U, Mikkelsen KL, Holst C, Sorensen TI. Large heterogeneity of the obesity epidemic in Danish adults. *Public Health Nutr* 2004 May;7(3):453-60.
- 12 Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnase K, Dilba B, Muller MJ. Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004 Nov;28(11):1494-502.
- 13 Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009 Mar 28;373(9669):1083-96.
- 14 Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract* 2001 Jun;50(6):513-8.
- 15 Brunsted B. Det er fast arbejde. *Ugeskr Læger* 2005;167(34):3213.

- 16 Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev* 2009 Jun;22(1):93-108.
- 17 Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Brown TJ, Schmid CH, et al. Long-term non-pharmacologic weight loss interventions for adults with type 2 diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD004095.
- 18 Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD005270.
- 19 Padwal R, Li SK, Lau DC. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD004094.
- 20 Grunstein RR, Stenlof K, Hedner JA, Peltonen M, Karason K, Sjostrom L. Two year reduction in sleep apnea symptoms and associated diabetes incidence after weight loss in severe obesity. *Sleep* 2007 Jun 1;30(6):703-10.
- 21 Lementowski PW, Zelicof SB. Obesity and osteoarthritis. *Am J Orthop* 2008 Mar;37(3):148-51.
- 22 Narbro K, Agren G, Jonsson E, Naslund I, Sjostrom L, Peltonen M. Pharmaceutical costs in obese individuals: comparison with a randomly selected population sample and long-term changes after conventional and surgical treatment: the SOS intervention study. *Arch Intern Med* 2002 Oct 14;162(18):2061-9.
- 23 Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M. 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 Aug;31(8):1248-61.
- 24 Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *J Am Coll Cardiol* 2009 May 26;53(21):1925-32.
- 25 Anbefalinger for Svangreomsorgen. S. 97-98 og s. 134-135. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
- 26 Rasmussen K, Yaktine I. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Institute of Medicine National Research Council, 2009.
- 27 Kuchler F, Variyam JN. Mistakes were made: misperception as a barrier to reducing overweight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003 Jul;27(7):856-61.
- 28 Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 2007 Mar;48(2):124-31.
- 29 Engel SG, Boseck JJ, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Smyth J, et al. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behav Res Ther* 2007 Mar;45(3):437-47.
- 30 DeWall CN, Baumeister RF, Stillman TF, Gaillio MT. Violence restrained: Effects of self-regulation and its depletion on aggression. *Journal of Experimental Social Psychology* 2007;43(1):62-76.
- 31 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing:

- a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005 Apr;55(513):305-12.
- 32 Små skridt til vægttab - der holder. Hæfte. København Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning, 2009
- 33 Guare JC, Wing RR, Grant A. Comparison of obese NIDDM and nondiabetic women: short- and long-term weight loss. *Obes Res* 1995 Jul;3(4):329-35.
- 34 Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Horder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001 Oct 27;323(7319):970-5.
- 35 Nordic Nutrition Recommendations. Integrating nutrition and physical activity. 4th edition. Nord 2004;13.
- 36 Rolls BJ, Roe LS, Meengs JS. Reductions in portion size and energy density of foods are additive and lead to sustained decreases in energy intake. *Am J Clin Nutr* 2006 Jan;83(1):11-7.
- 37 Stookey JD, Constant F, Gardner CD, Popkin BM. Replacing sweetened caloric beverages with drinking water is associated with lower energy intake. *Obesity (Silver Spring)* 2007 Dec;15(12):3013-22.
- 38 Westerterp-Plantenga MS. Protein intake and energy balance. *Regul Pept* 2008 Aug 7;149(1-3):67-9.
- 39 Slavin JL. Dietary fiber and body weight. *Nutrition* 2005 Mar;21(3):411-8.
- 40 Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003
- 41 Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obes Rev* 2009 May;10(3):313-23.
- 42 Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark. Ekspertgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen. København, 2008 Jun.
- 43 Kirurgisk behandling af svær overvægt – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen. Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007. Report No.: 9(3).
- 44 Müller P, Bay-Hansen J. The Ability of General Practitioners to Assess the Weight Status of Patients. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2005;6 (suppl).
- 45 Shai I, Jiang R, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Colditz GA, et al. Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women: a 20-year follow-up study. *Diabetes Care* 2006 Jul;29(7):1585-90.
- 46 Millett C, Khunti K, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Obesity and intermediate clinical outcomes in diabetes: evidence of a differential relationship across ethnic groups. *Diabet Med* 2008 Jun;25(6):685-91.
- 47 Diaz VA, Mainous AG, III, Baker R, Carnemolla M, Majeed A. How does ethnicity affect the association between obesity and diabetes? *Diabet Med* 2007 Nov;24(11):1199-204.
- 48 Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, 2008

- 49 Folmann N, Jørgensen T. Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundheds-væsenet – et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen, 2006
- 50 Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. WHO Expert Consultation. Lancet 2004 Jan 10;363(9403):157-63.
- 51 Lear SA, Humphries KH, Kohli S, Chockalingam A, Frohlich JJ, Birmingham CL. Visceral adipose tissue accumulation differs according to ethnic background: results of the Multicultural Community Health Assessment Trial (M-CHAT). Am J Clin Nutr 2007 Aug;86(2):353-9.
- 52 Park YW, Allison DB, Heymsfield SB, Gallagher D. Larger amounts of visceral adipose tissue in Asian Americans. Obes Res 2001 Jul;9(7):381-7.
- 53 Tanaka S, Horimai C, Katsukawa F. Ethnic differences in abdominal visceral fat accumulation between Japanese, African-Americans, and Caucasians: a meta-analysis. Acta Diabetol 2003 Oct;40 Suppl 1:S302-S304.
- 54 Tremplay MS, Perez CE, Ardern CI, Bryan SN, Katzmarzyk PT. Obesity, overweight and ethnicity. Health Rep 2005 Jun;16(4):23-34.
- 55 Clarke P, O'Malley PM, Johnston LD, Schulenberg JE. Social disparities in BMI trajectories across adulthood by gender, race/ethnicity and lifetime socio-economic position: 1986-2004. Int J Epidemiol 2009 Apr;38(2):499-509.
- 56 McDonald JT, Kennedy S. Is migration to Canada associated with unhealthy weight gain? Overweight and obesity among Canada's immigrants. Soc Sci Med 2005 Dec;61(12):2469-81.
- 57 Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark. Søborg, Fødevarerdirektoratet, 2002
- 58 Wittrup I, Kristensen J. Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet – udvikling og evaluering af et undervisningstilbud. Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, 2007
- 59 Mellin-Olsen T, Wandel M. Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. Ethn Health 2005 Nov;10(4):311-39.
- 60 Greenhalgh T, Helman C, Chowdhury AM. Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. BMJ 1998 Mar 28;316(7136):978-83.
- 61 Mogensen GV, Matthiessen Pr. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet – indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet. Århus Universitetsforlag, 2000