

Vård vid obesitas – vuxna

Innehållsförteckning

1	Introduktion och sammanfattande översikt	2
2	Bedömning och beslutsstöd för behandling	3
3	Vårdnivå och remittering	4
4	Obesitas	5
4.1	Samsjuklighet vid obesitas	6
5	Grundprinciper i bedömning och behandling	6
6	Bemötande	7
7	Diagnostik	7
7.1	Vem kan ansvara för utredning och behandling?	7
7.2	Sätt diagnosen Obesitas	8
7.3	BMI	8
7.4	Midjemått	8
7.5	Provtagning	9
7.6	Status	9
7.7	Ytterligare diagnostik	9
8	Mål med behandling: att förbättra hälsan	10
8.1	Att sätta mål	10
8.2	Viktmål	10
8.3	Mål kring levnadsvanor	10
8.4	Uppföljning av behandling	11
8.5	Tidsplan och långsiktighet	11
9	Behandlingsstrategier	11
9.1	Individuell behandling eller gruppbehandling?	11
9.2	Förändring av levnadsvanor	11
9.3	Steg för steg – gruppbehandling i primärvård	12
9.4	Farmakologisk behandling	12
9.5	Lågenergidiet (LED) med kostersättning, så kallad pulverdiet	13
9.6	Kirurgisk behandling – sköts via kirurgiska kliniken, övre-gastrosektionen	14
9.7	Patienter med (misstänkt) alkoholmissbruk	14
9.8	Patienter med psykisk ohälsa	14
9.9	Uppföljning efter bariatrisk kirurgi	14
10	Kontakt med Överviktsenheten	15
11	Bilagor	15



1 Introduktion och sammanfattande översikt

Obesitas/fetma är en kronisk, ofta progressiv sjukdom där utredning och behandling kan vara komplext. Dokumentet börjar med en sammanfattande kortversion (punkt 1 och 2). Därefter följer riktlinjerna i sin helhet med fördjupad information om sjukdomen, orsaker, bemötande, utredning, behandling och remisshantering.

Översiktliga steg i utredning och handläggning

- Fråga om lov att ta upp frågan om vikt och hälsa
- Bedöm genom Basutredning, se nedan, om/hur fettvävnaden sannolikt påverkar personens hälsa utifrån **3 M: Metabolt, Mekaniskt och Mentalt**.
En helhetsbild av patientens medicinska och psykosociala historia och nuvarande situation behövs.
- Informera kort om sjukdomen och behandlingsalternativ. Använd gärna broschyren "[Varför är det så lätt att bli tung?](#)" (Överviktsenhetens intranätssida) och/eller hänvisa till avsnittet om [obesitas/fetma](#) på www.1177.se.
- Utforska möjligheter att påbörja strukturerad förändring av levnadsvanor utifrån motivation, psykosocial situation och livsvillkor
- Ta ställning till eventuellt behandlingsförslag som är lämpligt att diskutera vidare och planera för fortsatt kontakt

Basutredning: Anamnes

- Vikthistoria - orsaker till viktförändringar? Försök till viktminskning? Är patienten viktstabil eller ökar vikten. Tidigare ätstörning?
- Hur besvärad känner patienten sig på grund av vikt/kroppsförändring? Undviker patienten situationen på grund av vikt/kroppsförändring? Obesity Problem scale kan användas. (bilaga 1)
- Aktuella läkemedel, framförallt läkemedel som påverkar vikten
- Ärftlighet för obesitas och metabol sjuklighet
- Matvanor/kosthållning: val av livsmedel och drycker, regelbundenhet, andel grönsaker och frukt, portionsstorlek, m.m. För Socialstyrelsens kostindexfrågor, se bilaga 2
- Fysisk aktivitet, aktivitetsnivå och stillasittande. För indexfrågor se bilaga 3
- Tobaks- och alkoholvanor
- Sömnvanor, snarkning och tecken till sömnbråk. Använd vid behov skattningsskala, till exempel ESS - skattningsskala för dagtrötthet (bilaga 4)
- Nuvarande sjukdomar inklusive psykisk ohälsa och symtom passande vid ätstörning. För att kartlägga symtom av hetsätning och/eller bulimi kan QEWP-R användas (bilaga 5)
- Psykosocial situation: exempelvis arbete, studier, sjukskrivning, socialt nätverk, m.m.
- Patientens egna förväntningar, skäl till en önskad förändring av hälsan och vikten och patientens möjlighet/beredskap för förändringsarbete.

Basutredning: Status och provtagning

- Status: vikt, längd, BMI, blodtryck, midjemått (om BMI <35), hjärt-/lungstatus vid behov.
- Provtagning (om inte gjort senaste 12 månaderna): Basutredning: TSH, (faste) glukos, ALAT, kolesterol, LDL (= RoS beställning ”Obesitas Basutredning”). Triglycerider om ej tidigare gjort.
Lägg till ASAT och TPK för att kunna skatta risk på leverfibros via fib4.se.
Överväg vitamin D.

Förväntade behandlingsresultat

Behandling	Förväntat resultat på vikt (genomsnitt)
Stöd i förändring av levnadsvanor Ca 1 behandlingskontakt per månad under 6-9 månader	0 till 5 % viktminskning efter 6-12 månader. Behandling i grupp eller individuellt baserad på Steg för steg-modellen eller motsvarande
Läkemedel Orlistat, Mysimba, eller Saxenda. Stöd kring levnadsvanor ska alltid erbjudas parallellt, se ovan	5 till 10 % viktminskning efter 1 år hos ”responders”. Se §9.4 OBS: resultatet är baserad på användning av läkemedel som tillägg vid regelbundet stöd i ändring av levnadsvanor. OBS: Mysimba och Saxenda ingår ej i högkostnadsskydd
Lågenergidiät (LED) 12 veckor kostersättning och kontakt ca 1 g/månad under minst 1 år	Kortsiktigt 15-18 % viktminskning efter 6 månader följt av viktökning på gruppnivå. I snitt 8-13 % viktminskning efter ett år, 3-7 % efter två år med stor spridning. Förutsätter långsiktigt stöd efter viktminskningssperioden. Se §9.5.
Bariatrisk kirurgi Gastric bypass eller gastric sleeve	Gastric bypass: 32 % viktminskning efter två år och 28 % efter fem år. Se §9.6.

2 Bedömning och beslutsstöd för behandling

Generellt gäller att ju större sjuklighet i kombination med goda möjligheter till förändring, desto starkare indikation för behandling. Vid starka medicinska skäl till stor viktminskning, såsom svårbehandlad typ 2 diabetes, sömnapné syndrom, obesitas hypoventilations syndrom, och för att kunna genomföra en viktig kirurgisk åtgärd (exempelvis organtransplantation eller proteskirurgi), bör bariatrisk kirurgi övervägas tidigt. Vill eller kan patienten inte genomgå bariatrisk kirurgi, kan LED övervägas i dessa situationer och vid behov samordnas med opererande klinik.

Bedömning av obesitasrelaterad ohälsa och riskfaktorer	Behandlingsförslag i rangordning, enskilt eller i kombination
INGA riskfaktorer, fysiska <i>eller</i> psykiska symtom <i>eller</i> funktionsbegränsningar	Egenvård för förbättrad allmän hälsa och för att hindra viktuppgång <ul style="list-style-type: none"> • www.1177.se, avsnittet om obesitas/fetma • Seriösa kommersiella alternativ
MILDA fysiska symtom <i>eller</i> MILDA psykiska besvär <i>eller</i> riskfaktorer	Egenvård (se ovan) Individuell behandling eller gruppbehandling (Steg för steg) Läkemedel Kirurgi kan övervägas om BMI ≥ 35 efter tidigare behandling och försök till viktkontroll
MÅTTLIG funktionsbegränsning i vardagen <i>eller</i> psykisk ohälsa <i>eller</i> ETABLERAD samsjuklighet som kräver medicinsk behandling	Individuell behandling eller gruppbehandling (Steg för steg), eventuellt lågenergidiet (LED) i viktminskningsfas Läkemedel Kirurgi om BMI ≥ 35 efter tidigare behandling och försök till viktkontroll
BETYDANDE obesitasrelaterad psykisk ohälsa <i>eller</i> funktionsbegränsningar <i>eller</i> organskador/sjuklighet	Kirurgi om BMI ≥ 35 . Vid svår comorbiditet vid BMI 30-35 Individuell eller gruppbehandling (Steg för steg), eventuell lågenergidiet (LED) i viktminskningsfas Läkemedel
SVÅR obesitasrelaterad psykisk ohälsa <i>eller</i> funktionsbegränsning <i>eller</i> ALLVARLIG (= möjligen dödlig) konsekvens av obesitas	Kirurgi om BMI ≥ 35 . Vid svår comorbiditet vid BMI 30-35 Individuell eller gruppbehandling (Steg för steg), eventuell lågenergidiet (LED) i viktminskningsfas Läkemedel

3 Vårdsnivå och remittering

Personer med obesitas som önskar utredning och/eller behandling, ska primärt söka till sin vårdcentral. Primärvården ansvarar för första utredning och bedömning. Behandling individuellt eller i grupp kan med fördel genomföras inom primärvården.

För konsultation vid bedömning av lämplig åtgärd efter basutredning kan Överviktsenheten kontaktas.

Vem gör vad inom primärvården?

Basutredning och behandling bör göras av personal som har kunskap kring obesitas. Med fördel kan fördelningen se ut så här:

Utredning

- Legitimerad sjukvårdspersonal genomför basutredning
- Läkare: bedömning av provsvar och vid behov kroppslig undersökning

Behandling

Efter basutredning diskuteras målsättning och behandlingsalternativ med patient. I komplexa ärenden rekommenderas att ta hjälp av andra professioner. Behandling och stöd genomförs av personal med specifik kompetens inom obesitas.

- *Sjuksköterska och/eller fysioterapeut:* I praktiken är det ofta sjuksköterska och/eller fysioterapeut som är huvudansvarig samtidigt som andra yrkeskategorier är möjliga.
- *Läkare:* tillägg av läkemedel som stöd i viktminskning eller bariatrisk kirurgi när det anses vara ett behandlingsalternativ
- *Dietist:* se över av patient inlämnad matdagbok och ge konkreta förslag för förändring mot mer hälsosam kosthållning
- *Kurator:* vid misstanke om dåligt psykiskt mående eller beteende som anses förhindra eller försvåra behandling av obesitas
- *Fysioterapeut:* bedöma patientens möjlighet till fysisk aktivitet och ge stöd i att sammanställa och/eller genomföra program för att nå patientanpassade mål kring fysisk aktivitet. I särskilda fall, exempelvis vid långvarig smärta, rörelseundvikande, långvarig låg aktivitetsnivå och vid rehabilitering efter skador/sjukdomar i rörelseorganen kan individualiserade råd, mål och planer vara extra viktigt.

När är bedömning och behandling på Överviktsenheten aktuell?

Överviktsenheten erbjuder behandling inom ramen för metodutveckling/forskning. Remisskriterier respektive inklusions- och exklusionskriterier förändras över tid. Information om projekt som patienter själva kan anmäla intresse för eller aktuella remisskriterier finns på Överviktsenhetens intranätsida. Överviktsenheten kan kontaktas direkt för konsultation och information, telefon 019-602 66 35.

Remiss för ställningstagande till bariatrisk kirurgi och metabol kirurgi

Remiss skickas till kirurgiska kliniken, övre gastrosektionen, Lindesbergs lasarett. Det är bra att informera patienten om att det första besöket är en 3 timmars gruppföreläsning om kirurgisk behandling. Patienter behöver således inte ha bestämt sig när remiss skrivs. Föreläsningen kan ses som en första möjlighet att lära mer om sin sjukdom och förväntad nytta och risk med kirurgi. Efter föreläsningen sker individuellt bedömningsbesök.

4 Obesitas

Förenklat är orsaken till obesitas att man fått i sig mer energi än vad man gjort av med, en positiv energibalans under en längre tid. Orsakerna till det är många och komplexa och är alltid ett samspel mellan arv, biologi och miljö (fysisk och psykosocial). Den moderna livsmiljön har förändrats mycket, framför allt de senaste 50 åren. Däremot har inte människans gener förändrats nämnvärt och det har fått stora konsekvenser.

Det finns numera ett överflöd av välsmakande energifylld mat och dryck tillgängligt dygnet runt. Långvarigt stillasittande och låg fysisk aktivitetsnivå är vanligare. Många andra förändrade levnadsvillkor har betydelse för uppkomsten av obesitas som till exempel dygnsrytm, sömnvanor, långvarig stress, psykisk ohälsa och vissa läkemedel.

Obesitas är ett kroniskt sjukdomstillstånd där fettvävnaden i kroppen påverkar hälsan negativt. (WHO). Förenklat kan konsekvenserna för hälsan delas upp i tre områden;

1. Metabola: exempelvis kardiovaskulär sjukdom, hypertoni, fettlever, typ 2 diabetes
2. Mekaniska: exempelvis ledbesvär, sömnapné, urininkontinens och dyspepsi
3. Mentala: exempelvis depression, ångest, ätstörningar, besvär i och undvikanden av sociala miljöer relaterat till kroppsform/vikt.

Framförallt ökar risken för sjuklighet vid BMI ≥ 35 . Obesitas motiverar därför behandlingsinsatser, inte minst för att förebygga ytterligare viktuppgång och förvärrad sjukdomsbild.

Hur hälsan påverkas beror på:

- Hur mycket av kroppens totala vikt är fettvävnad och hur mycket är muskelmassa (kroppssammansättning).
- Lokalisation av fettvävnaden (exempelvis subkutan, kring och i organ, exempelvis i levern).
- Hur fettvävnaden fungerar (funktion).

Benägenhet till att spara energi i fettvävnaden ökar till exempel vid ökat stresspåslag i kroppen (exempelvis vid sömnbrist, störd dag/natttrytm, psykisk stress) och vid intag av energi på kvällen och natten. Fettvävnaden är framförallt ett metabolt ”organ” som behövs för livsviktiga processer och är mer än en energidepå.

Utöver fysiologiska faktorer finns kulturella normer, ideal och psykosociala faktorer som särskilt påverkar psykiska hälsan hos individer med obesitas.

4.1 Samsjuklighet vid obesitas

Några väl kända sjukdomar associerade med obesitas är hypertoni, hyperlipidemi, sub- eller infertilitet, nedsatt glukostolerans och typ 2 diabetes mellitus. Mindre vanligt är att undersöka förekomst av sömnapné (prevalens av 50-60 % vid BMI >30) eller förekomst av leversteatos (prevalens av 90 % vid BMI >30). Mindre känd är att förekomst på urininkontinens, gikt, artros, gastroesofageal reflux och flera typer av cancer ökar succesivt vid ökad kroppsvikt.

5 Grundprinciper i bedömning och behandling

Grundprincipen i behandling är precis som vid andra kroniska sjukdomar att bidra till förbättrad hälsa och livskvalité och skjuta upp progression.

- Undvik stigmatisering genom att bemöta personen med respekt och en icke-dömande hållning
- Kartlägg patientens förväntningar och motivation till förändring, eventuellt med hjälp av ”motivational interviewing” (MI)
- Anamnes för att kartlägga bidragande faktorer till viktförändring under livet för att kunna bestämma strategier för behandling
- Klinisk utredning med status och blodprov
- Behandla samsjuklighet för att förbättra hälsa och öka livskvalitet

- Tillsammans med patienten ska man se över nuvarande levnadsvanor och prioritera den/de mest lämpliga att satsa på för förändring. Till exempel:
 - Nutrition/kost
 - Ätbeteende
 - Fysisk aktivitet
 - Sömn/stress
- Bedöm om tillägg av läkemedel kan vara lämpligt
- Bedöm om tillägg av bariatrisk kirurgi kan vara lämpligt

6 Bemötande

Forskning visar att personer med obesitas får sämre vård än genomsnittsbefolkningen. Det beror bland annat på sämre medicinsk handläggning och att personer med obesitas drar sig i större utsträckning för att söka vård. Det kan delvis förklaras av skuld och skamkänslor relaterat till vikt/kroppform. Dåligt bemötande i samhället i stort och i möten med hälso- och sjukvården kan bidra till det. Stigmatisering av personer med obesitas är vanligt. Den leder till ökade skuld- och skamkänslor, sämre psykiskt mående, sämre behandlingsresultat, viktuppgång och att personer undviker att söka vård även vid allvarliga symtom.

Avgörande för kvalitén i bedömning och behandling av personer med obesitas, oavsett vad personen söker för, är att personal samtalar respektfullt och icke-dömande och ger information i linje med aktuellt forskningsläge. Bristande förståelse och okunskap hos omgivningen gör det ännu svårare att förändra sin situation.

Råd för bra bemötande:

- Be om tillåtelse att prata om vikt: exempelvis ”Är det okej att vi pratar om din vikt?”
- Tala om ”personer med obesitas” och inte ”feta personer”
- Var medveten om att obesitas är en sjukdom och inte ett självvalt tillstånd
- Utgå inte ifrån att patienten har ohälsosamma levnadsvanor
- Se över lokaler och utrustning: finns det stolar, brits, blodtrycksmätare osv. som kan användas av personer med stora kroppar/hög vikt?

7 Diagnostik

7.1 Vem kan ansvara för utredning och behandling?

Utredningen kan till stor del göras av sjuksköterska, fysioterapeut, dietist eller läkare. Vilka yrkeskategorier som gör vad per vårdcentral, beror på tillgängliga resurser och deras erfarenhet.

Sjuksköterska och/eller fysioterapeut kan starta basutredningen och göra större delen av anamnes och kartläggning av funktionsnivå samt därefter fortsätta med individuell behandling och/eller gruppbehandling.

Läkare har en roll i utredningsfasen för bedömning av prover, kroppslig undersökning och behov av vidare utredning. Bedöms läkemedelsbehandling som stöd i viktminskning vara ett alternativ, ska läkare bedöma lämplig val.

Dietist har i dagsläget inget mandat i RÖL att behandla personer med indikation obesitas om ingen nedsatt glukostolerans eller typ 2 diabetes finns.

7.2 Sätt diagnosen Obesitas

Obesitas är en kronisk sjukdom. Om personer har negativ påverkan på hälsan relaterat till fettvävnaden bör diagnosen sättas som kronisk diagnos: **Obesitas E66.9**.

Även efter en viktnedgång, kvarstår sårbarhet bland annat på grund av bestående fysiologiska förändringar i kroppen. Detta kräver ett livslångt förhållningssätt och påverkar val av och ställningstaganden till andra behandlingar. Variationer i BMI under behandling ändrar inte diagnosen.

7.3 BMI

Sjukdomen obesitas har traditionellt definierats utifrån Body Mass Index (BMI, kg/m²). Det är lätt att mäta och har använts i omfattande forskning på stora grupper. Numer ses BMI mer som en riskmarkör för sjukdom eftersom en individ med ett BMI ≥ 30 inte behöver ha en nedsatt hälsa eller funktion och behöver därmed inte behandling. Dessutom kan en person med BMI < 30 ha påtaglig sjuklighet relaterad till fettvävnaden.

Ett ökande BMI över 25 är associerat till ökande risk för sjukdom och ska ses som ett prov vid utredning. Ytterligare bedömning, framför allt av hälsopåverkan behövs för att sätta diagnosen obesitas.

Definition baserad på BMI	BMI kg/m ²	Risk för nedsatt hälsa/sjukdom
Undervikt	-18,4	Mycket hög
Normalvikt	18,5-24,9	Lägst
Övervikt	25-29,9	Lätt förhöjd
Obesitas, grad I	30-34,9	Hög
Obesitas, grad II	35-39,9	Mycket hög
Obesitas, grad III	≥ 40	Extremt hög

7.4 Midjemått

Midjemåttet har starkare relation till risk för hjärt- och kärlsjukdom än BMI och kan användas vid utredning för att bedöma risk för metabol samsjuklighet, framför allt vid övervikt till obesitas grad 1 (BMI 25-35). Måttet kan användas i uppföljning för att bedöma och förstärka effekt av behandling. Vid BMI ≥ 35 tillför inte mätning av midjemått mycket information om risk och mätningen är mindre tillförlitlig.

Midjemåttet mäts mellan nedre revbenskant och höftbenskam med patienten i stående.

	Lätt ökad risk	Väsentligt ökad sjukdomsrisik
Män	>94 cm	>102 cm
Kvinnor	>80 cm	>88 cm

7.5 Provtagning

Målet med provtagningen är att kartlägga samsjuklighet och delvis etiologi. Prover kan upprepas årligen, vartannat år eller var tredje år beroende på allvarlighetsgrad och intensitet i behandling.

I ROS Primärvård finns provtagningspaketet "Obesitas Basutredning" med analyserna BMI, TSH, ALAT, glukos, total kolesterol och LDL. Det är tilldelat samtliga vårdcentraler förutom "Primärvårdens digitala mottagning", Vårdcentralernas jourmottagning, och Ungdomsmottagningen.

- **Vikt, längd, BMI och midjemått** (midjemått om BMI <35)
- **TSH:** En rubbning i ämnesättningen kan bidra till förändring i vikt. Vid hypotyreos kan viktnedgång vara svårare om TSH normalt ligger högt. Det kan då vara värt att eftersträva ett lägre TSH inom referensvärde.
- **ALAT:** Ett förhöjt ALAT kan vara tecken till leversteatos samtidigt som ett normalt ALAT inte utesluter det (cirros kan redan finnas). Genom tillägg av ASAT och TPK kan skattning av risk på leverfibros göras via fib4.se (se §7.7)
- **(faste-) Glukos och HbA1c**
- **Kolesterol, LDL, triglycerider**
- Överväg **vitamin D** om ej tagit senaste åren. Obesitas är associerad med vitamin D brist med koppling till nedsatt immunförsvar samt vid psykisk ohälsa.

7.6 Status

- **Blodtryck:** för bedömning av metabol samsjuklighet
- **Hjärt – och lungstatus:** för bedömning av samsjuklighet
- **Ytterligare status** tas på indikation om misstanke om annan samsjuklighet framkommit, exempelvis hjärtsvikt, fettlever, ledbesvär, m.m.

7.7 Ytterligare diagnostik

Ytterligare utredning görs om misstanke om annan samsjuklighet framkommer.

Mest förekommande är:

- Sömnutredning vid misstanke om sömnapné. Anamnes på snarkning? Har patienten blivit tillsagt att ha andningsuppehåll? Dagtrötthet?
- Psykisk ohälsa/sjukdom, framförallt i form av depression, ångestsyndrom och (hets-) ätstörningar, är vanligare vid svår obesitas, framförallt hos kvinnor.
- Leverundersökning (ultraljud eller Fibroscan) kan övervägas vid misstanke om så kallad Non alcoholic fatty liver disease (NAFLD). Leversteatos innebär ökad risk för nedsatt glukostolerans, steatohepatit (30-40% av patient med leversteatos) och levercirros (10-30% av de med steatohepatit). Leverfibros och levercirros stärker den medicinska indikationen för viktnedgång.

Skattning av risk på leverfibros kan göras med hjälp av FIB-4 beräkning; ALAT, ASAT, TPK och åldern matas in i kalkylator på nätet: **fib4.se**. FIB-4 > 3.25 innebär hög risk för leverfibros (82% av patienter har leverfibros) och vidare utredning med Fibroscan via medicinmottagning 4, USÖ ska då göras. FIB-4 < 1.45 innebär låg risk för leverfibros (95% har ingen leverfibros).

8 Mål med behandling: att förbättra hälsan

8.1 Att sätta mål

Mål ska vara realistiska, mätbara och ha en tydlig koppling till funktion och hälsa. Mål behöver utgå från vad patienten själv vill uppnå genom att påverka vikten och hälsan.

En lämplig fråga att ställa är: Vad är det som för hälsan är viktigt för personen att göra som den inte klarar på grund av vikten/kroppsstorleken? Hur skulle vardagen bli annorlunda med en lägre vikt?

Medicinska mål bör vara att kartlägga och vid behov behandla samsjuklighet av obesitas, dvs att följande ska utforskas: Finns metabol, mekanisk eller mental samsjuklighet som kan och bör behandlas?

8.2 Viktmål

Viktminskning leder generellt till en förbättring av livskvaliteten och minskar risken för följsjukdomar, men viktstabilitet vid en lägre vikt är svårt. Det beror på flera komplexa neurobiologiska mekanismer som i kombination med livsmiljön driver kroppen tillbaka till den ursprungliga vikten. Av de personer som går ner i vikt utan bariatrisk kirurgi, håller endast 20 % deras lägre vikt i minst 2 år.

Viktmål behöver utgå från patientens medicinska behov, livssituation och möjlighet till viktstabilitet, vid befintlig vikt eller efter viktminskning, vilket kräver vidmakthållande av de beteenden som inledningsvis påverkat vikten. Forskning visar att både patienter och behandlare ofta har orealistiska förväntningar och mål kring möjlig viktförändring (25-30 % viktminskning anges ofta som mål). Det är viktigt att behandlare vet och förmedlar att 5-10 % viktning från ursprungsvikten med efterföljande viktstabilitet under 6-12 månader kan ge en signifikant hälsovinst och är en stor framgång.

En realistisk första målsättning efter viktökning under flera år kan vara viktstabilitet, att uppnå en ökad fysisk aktivitetsnivå och att minska midjemåttet (visceralt fett) för att uppnå minskad sjukdomsrisk. Möjligheterna att kunna hålla vikten lägre på lång sikt är mycket små om inte orsakerna till mångårig viktökning kan hanteras så att viktstabilitet kan uppstå. Vilken viktminskning som behövs för att nå funktionella mål är svårt att förutsäga. Små förändringar i levnadsvanor och vikt över lång tid kan göra stor skillnad.

8.3 Mål kring levnadsvanor

För alla, oavsett vikt och sjukdom, är levnadsvanor i form av till exempel tillräcklig fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor och att avstå från tobaksbruk och riskbruk av alkohol avgörande för livslängd och god hälsa. Levnadsvanorna påverkar i de flesta fall samsjukligheten vid obesitas oavsett om vikten påverkas. Personer med obesitas och samtidigt ohälsosamma levnadsvanor är en riskgrupp för ytterligare sjukdom och förkortad livslängd.

Framkommer vid anamnes, screening exempelvis betydande ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskbruk av alkohol så är utgångspunkten att följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, precis som för andra riskgrupper.

8.4 Uppföljning av behandling

Enbart vikt (BMI) är ett alltför snävt och trubbigt mått på en individs hälsa och fler mått och mål behövs för ett helhetsperspektiv. I en behandling ingår det att patient och behandlare följer (registrerar) levnadsvanor, mål, beteenden, provtagningsresultat och samtalar om och återkopplar förändringar, stabilitet eller utebliven förväntad förändring.

Exempel är:

- Patientens egna hälsorelaterade mål och fysisk funktion
- Graden av hälsosamma matvanor (exempelvis Socialstyrelsens indexfrågor, bilaga 2)
- Fysisk aktivitet och stillasittande (exempelvis Socialstyrelsens indexfrågor, bilaga 3)
- Psykosociala besvär och undvikanden relaterat till kroppsstorlek/vikt. (exempelvis "Obesity problem scale", se bilaga 1)
- Metabola sjukdomar och/eller riskfaktorer
- Hälsorelaterad livskvalitet

8.5 Tidsplan och långsiktighet

Obesitas är en kronisk komplex sjukdom att hantera hela livet och kräver livslångt förhållningsätt från patienter och hälso- och sjukvården. Kontinuitet och uthållighet behövs. Intensitet och tidsomfattning i behandling avgörs av patienters möjligheter till förändringsarbete samt i praktiken tillgängliga resurser på vårdcentralen. Enstaka insatser och besök ger inte långsiktiga effekter. Behandlingsplaner och mål ska följas upp regelbundet och över lång tid.

9 Behandlingsstrategier

Patienter ska tydligt informeras om sin sjukdom och olika förväntade behandlingsresultat. Det är viktigt att hälsan är i fokus, att realistiska mål eftersträvas och att det vid val av behandling tas hänsyn till patientens möjligheter att påverka sin situation. Primärvården är den huvudsakliga basen för utredning och behandling vid obesitas.

9.1 Individuell behandling eller gruppbehandling?

Resultaten beror på frekvens av stöd, inte nödvändigtvis om det ges individuellt eller i grupp. Gruppbehandling uppskattas av många och ger oftast möjlighet för vårdgivaren att erbjuda flera en behandling. Om behandlare väljer att erbjuda behandling individuellt eller i grupp beror bland annat på bemanningsresurser, kunskaper, vana av att leda gruppverksamhet och tillgång till utbildning/metodstöd.

9.2 Förändring av levnadsvanor

Grunden i all behandling är stöd i förändringsarbete av levnadsvanor, upprätthållande av levnadsvanor och stöd i att hantera orsaker till sjukdomen och viktuppgång. Målet är att förbättra (eller bibehålla) hälsan samtidigt som man genom hållbar energirestriktion kan påverka vikten. Generellt gäller att ju mer stöd en person kan få, desto större chans att klara och upprätthålla förändringar. Principer och strategier i KBT (kognitiv beteendeterapi), MI (motiverande samtal) och kunskap om sjukdomen obesitas utgör grunden i behandling. Flera utbildningar erbjuds i regionen.

Levnadsvanor som bör ses över är: kost/nutrition, fysisk aktivitet, ätbeteende, psykologiska aspekter samt om sömn och stresshantering bidrar till ohälsan. För konkret information om fysisk aktivitet vid obesitas, se Rekommenderade läkemedel A08 Antiobesitasmedel.

För att underlätta förändringarna och viktstabilitet kan tre alternativ läggas till, LED, läkemedel och kirurgi. Oavsett val av behandling behövs livslång uppföljning. Efter en mer intensiv behandlingsperiod (6 - 24 månader) rekommenderas årlig livslång uppföljning”.

9.3 Steg för steg – gruppbehandling i primärvård

Ett gruppkoncept ”Steg för steg” används på flera vårdcentraler. De flesta deltagarna kan förvänta sig resultat mellan viktstabilitet till kring 5 % viktminskning, ökad fysisk aktivitet och mer hälsosamma matvanor. Överviktsenheten erbjuder gruppledarutbildning och nätverk för fortsatt handledning och metodstöd.

Om läkemedel som stöd i viktminskning förskrivs kan det med fördel sammanfalla med gruppbehandling.

9.4 Farmakologisk behandling

Det finns tre godkända läkemedel för behandling som stöd i viktminskning: Orlistat, Mysimba och Saxenda. Alla läkemedel är prövade som tillägg till rådgivning för en energireducerad kost och ökad fysisk aktivitet och ska kombineras med livsstilsrådgivning, regelbundet stöd och viktkontroll. Se Rekommenderade läkemedel A08 Antiobesitasmedel. Se Fass för mer specifik information om kontraindikationer, dosering, upptrappning och utvärdering.

Kostnader (uppdaterad feb 2022): Orlistat ingår i läkemedelsförmånen. Mysimba och Saxenda ingår inte i läkemedelsförmånen som innebär att patienter betalar för dessa läkemedel. Mysimba kostar ca 1000 kr/mån. Saxenda kostar ca 2500 kr/mån.

Orlistat 120 mg (Xenical, Alli, m.m.)

Orlistat är en pankreaslipashämmare som delvis förebygger att fett i maten bryts ner i tarmen och kan tas upp i kroppen. Gastrointestinala biverkningar är vanliga. Ju högre fettinnehåll i maten, desto mer fett stannar det i tarmlumen och ju mer biverkningar kan uppstå. Det är viktigt att patienten förstår sambandet mellan fettintag och biverkningar för att kunna anpassa kosten. Se Fass för mer information kring biverkningar, kontraindikationer, mm.

Indikation: BMI ≥ 30 och BMI $>28 - 29.9$ med samtidiga riskfaktorer i kombination med en måttligt kalorireducerad diet och stöd och uppföljning av levnadsvanor.

Start och utvärdering: Veckovis upptrappning från 1 tablett dagligen till måldos 1 tablett 3 gånger dagligen i samband med måltider. Uppföljning sker förslagsvis en gång i månaden och utvärdering av behandlingseffekt ska ske efter 12-16 veckor. Orlistat bör avbrytas efter 12 veckor om patienterna inte minskat minst 5 % av kroppsvikten under behandlingen.

Resultat: Studier har visat en viktminskning på ca 3 % jämfört med placebo efter 1 års behandling utöver livsstilsförändringar. Patienter som uppnår mer än 5 % viktminskning efter 12-16 veckor kan förväntas nå 5 -10 % viktreduktion efter 1 år. Vid utsättning upphör effekten omedelbart.

Naltrexone/Bupropion (Mysimba)

Mysimba minskar aptit och effekt på matintag på belöningscentrum (kan minska ”sug”) och minskar därmed det totala energiintaget och höjer möjligen energiförbrukningen. Kombinationen av Naltrexon och Bupropion visar sig påverka belönings- och aptit centrum i hjärnan. Naltrexone används som stödbehandling vid alkoholavvänjning. Bupropion är en selektiv noradrenalin- och dopaminupptagshämmare och används som antidepressivum (Voxra) och vid rökavvänjning (Zyban).

Indikation och resultat: BMI ≥ 30 och BMI > 27 med samtidiga riskfaktorer.

Start och utvärdering: Upptrappning med 1 tablett i veckan från 1 tablett dagligen till måldos 2x2 tabletter om dagen. Behandlingen bör utvärderas efter 12 veckor måldos. Mysimba ska avbrytas om patienten inte har gått ner minst 5 % av sin initiala kroppsvikt.

Resultat: Studier har visat att Mysimba bidrar till 3-6 % minskning från initial vikt efter 1 år, jämfört med 1,3 - 1,9 % minskning i placebogruppen. Ca 50 % uppnår ≥ 5 % viktminskning efter 12 veckor och de kan förväntas uppnå en 10 % viktreduktion efter 1 år. Vikteffekterna på längre sikt är idag okända.

Liraglutide 3,0 mg (Saxenda)

Liraglutide är en GLP-1 receptor agonist och används i lägre dos (Victoza) vid typ 2-diabetes. Liraglutide minskar totalt kaloriintag genom en fördröjd magsäckstömning och minskad aptit.

Indikation och resultat: BMI ≥ 30 och BMI > 27 med samtidiga riskfaktorer.

Start och utvärdering: Daglig injektion med startdos 0,6 mg per dag. Upptrappning med 0,6 mg per vecka tills måldos av 3 mg uppnås. Liraglutide (Saxenda) bör utvärderas efter 12 veckors behandling och avbrytas om patienterna inte har gått ner minst 5 % av kroppsvikten. Ca 2/3 av patienterna uppnår ≥ 5 % viktminskning efter 12 veckor.

Resultat: Liraglutide 3 mg bidrar till en viktminskning av 7,5 % av kroppsvikten efter 1 år jämfört med 2,3 % minskning i placebo-gruppen. Patienter med mer än 5 % viktminskning efter 12 veckor, kan förväntas få en 10 % viktreduktion efter 1 år. Vikteffekterna på längre sikt är idag okända.

9.5 Lågenergidiet (LED) med kostersättning, så kallad pulverdiet

Användning av LED kan underlätta en viktminskningsfas där stor och snabb viktminskning är avgörande för att nå hälsoeffekter. Strikt LED under en begränsad tid, följt av successiv upptrappning till vanlig kost under längre tid, kan övervägas när annan behandling varit otillräcklig. Det kan också vara ett alternativ när kirurgisk behandling inte är lämplig eller inte önskad av patienter. Långtidsresultaten när det gäller viktåtergång efter 2-3 år, är osäkra.

Strikt LED (12 veckor) följt av upptrappning (12 veckor) leder i allmänhet till ca 18 % viktredgang av ursprungsvikten men effekten är delvis övergående. Efter 1 och 2 år är resultaten 13 % respektive 7 % viktredgang från ursprungsvikten med stor spridning mellan personer. För att hålla vikten lägre en lång tid efter en viktminskning krävs fortsatt kontinuerlig uppföljning kring mat- och rörelsevanor. Rekommendationer och material till behandlare och patienter om

användning av LED och stöd för viktstabilitet finns på Överviktsenhetens intranätssida. Kontakta gärna Överviktsenheten vid behov.

9.6 Kirurgisk behandling – sköts via kirurgiska kliniken, övre-gastrosektionen

Indikationen är BMI \geq 35. Remiss för bedömning inför eventuell kirurgisk behandling skickas till kirurgiska kliniken, övre gastrosektionen, Lindesberg. Efter acceptering av remiss kallas patienterna gruppvis till ett informationsmöte. Där ges information om förväntade effekter av kirurgi, fysisk aktivitet, kosthållning före och efter en operation samt operationsmetoder och risker med operation. Efter informationsmötet kallas intresserade patienter till individuellt besök hos kirurg för ställningstagande till kirurgi. Patienterna följs 2 år efter operationen på kirurgmottagningen innan de remitteras till primärvården för fortsatt årlig uppföljning.

Bariatrisk kirurgi leder till störst viktneidgång av de vanliga behandlingsalternativ som finns idag och ger längst tid med viktstabilitet jämfört med annan behandling. Kirurgin påverkar obesitasrelaterad samsjuklighet positivt även fem och tio år efter operation. Genomsnittlig viktreduktion två år efter gastric bypassoperation är ca 32 % av ursprungsvikt och efter fem år ca 28 %. Operationen leder till markant förbättring av metabol samsjuklighet (typ 2-diabetes, hypertoni, fettlever, sömnapné) och ökad hälsorelaterad livskvalitet gällande fysiska aspekter.

Som följd av minskad upptagning av vissa ämnen från kosten ska alla som genomgått bariatrisk kirurgi medicinera med multivitaminpreparat, vitamin B12 samt Kalcipos-D forte. På indikation kan järn- och ytterligare tillskott med vitamin D behövas. Operationen är i princip irreversibel och medför ett förändrat ätmönster som ställer krav på god compliance. På lång sikt finns viss risk för utveckling av alkoholmissbruk, malabsorption och psykisk ohälsa.

9.7 Patienter med (misstänkt) alkoholmissbruk

Patienter som har eller har haft missbruk de senaste 2 år opereras inte, dvs detta är en kontraindikation för operation. PETH kontrolleras på samtliga patienter innan operation. Vid värden $>0,30$ accepteras patienten inte för operation. Dessa patienter kommer i de flesta fall återremitteras för stöd till alkoholavvänjning.

9.8 Patienter med psykisk ohälsa

Gällande psykisk ohälsa krävs att sjukdomen ska vara i stabilt läge, det vill säga inga ändringar i medicinering ska vara planerade, inte heller ska patienterna vara mitt i en stor livsomställning, såsom i skilsmässa, byte av arbete eller andra stressande sociala faktorer. Om patienten inom de senaste åren har eller har haft kontakt med psykiatri, skickas brev till psykiatri av kirurgen för bedömning om de tycker att operationen är lämplig eller om man ska avvakta.

9.9 Uppföljning efter bariatrisk kirurgi

Utförlig information om uppföljning och långtidseffekter finns på intranätet i dokumentet [”Information till hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienter efter obesitaskirurgi”](#).

10 Kontakt med Överviktsenheten

Överviktsenheten erbjuder alla verksamheter utbildningar och metodstöd/ konsultation. Se Överviktsenhetens intranätssida.

Telefon: 019-602 66 35

E-post: medicinmottagning5.uso@regionorebrolan.se

Dessa vårdriktlinjer har granskats av en allmänmedicinsk referensgrupp och godkänts av verksamhetsföreträdare för primärvården. Dokumentet är författat av Överviktsenheten USÖ i samråd med primärvården och kirurgiska kliniken USÖ.

11 Bilagor

	Sida
Bilaga 1: Obesity Problems scale – version 3 (OPv3).....	16
Bilaga 2: Socialstyrelsens kostindexfrågor.....	18
Bilaga 3: Socialstyrelsens indexfrågor om fysisk aktivitet och stillasittande.....	19
Bilaga 4: Epworth sleepiness scale (ESS).....	20
Bilaga 5: Questionnaire on eating and weight patterns (QEWP-R).....	21



Bilaga 1: Obesity Problem scale – version 3. 26 frågor

Känner du dig besvärad (generad, hämmad, osäker etc.) på grund av din vikt eller kroppsform när det gäller nedanstående aktiviteter och situationer?

Sätt ett kryss i rutan för det svarsalternativ som passar bäst in på dig i dagens läge.

	<i>Mycket besvärad</i>	<i>Något besvärad</i>	<i>Inte särskilt besvärad</i>	<i>Inte alls besvärad</i>
1. Ha fest, tillställning hemma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Gå bort på fest, tillställning hos andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Äta ute på restaurang	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Delta i föreningsliv, kurser eller dylikt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Delta i idrott, motion, dans	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Använda allmänna transportmedel (buss, spårvagn, tåg, tunnelbana, flyg)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Allmänna platser, t.ex. varuhus, torg, caféer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Gå på bio, teater etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Handla mat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Prova och köpa kläder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Bada offentligt (simhall, allmän badplats)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. Klä om, duscha tillsammans med andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Sexuell samvaro, intima situationer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Ange i vilken grad du försöker undvika nedanstående aktiviteter och situationer på grund av din vikt eller kroppsform.

Sätt ett kryss i rutan för det svarsalternativ som passar bäst in på dig i dagens läge.

	<i>Nästan alltid</i>	<i>Ofta</i>	<i>Ibland</i>	<i>Aldrig</i>
14. Ha fest, tillställning hemma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Gå bort på fest, tillställning hos andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. Äta ute på restaurang	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. Delta i föreningsliv, kurser eller dylikt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. Delta i idrott, motion, dans	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. Använda allmänna transportmedel (buss, spårvagn, tåg, tunnelbana, flyg)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. Allmänna platser, t.ex. varuhus, torg, caféer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. Gå på bio, teater etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. Handla mat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. Prova och köpa kläder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24. Bada offentligt (simhall, allmän badplats)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25. Klä om, duscha tillsammans med andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
26. Sexuell samvaro, intima situationer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



Bilaga 2: Socialstyrelsens kostindexfrågor

1. Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

2. Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

3. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- Tre gånger i veckan eller oftare
- En gång per dag
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden eller mer sällan

4. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

5. Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Bilaga 3: Socialstyrelsens indexfrågor om fysisk aktivitet och stillasittande

1: Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar)

2: Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timmar)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar)

3: Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13-15 timmar
- 10-12 timmar
- 7-9 timmar
- 4-6 timmar
- 1-3 timmar
- Aldrig

Bilaga 4: Epworth sleepiness scale (ESS)

Hur troligt är det att du skulle slumra till eller somna i följande situationer - till skillnad från att bara känna dig trött?

Tänk på ditt vanliga levnadssätt under den senaste tiden. Även om du inte gjort allt detta nyligen, så försök att komma på hur det skulle ha påverkat dig.

Hur troligt är det att du slumrar in om du:

	Ingen risk att slumra	Liten risk att slumra	Måttlig risk att slumra	Stor risk att slumra
1. Sitter och läser	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Sitter och tittar på TV	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Sitter överksam på allmän plats (t ex teater eller ett möte)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Sitter som passagerare i en bil i en timme utan paus	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Ligger ned och vilar på eftermiddagen om omständigheterna så tillåter	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Sitter och pratar med någon	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Sitter stilla efter att ha ätit lunch (utan alkohol)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Sitter i en bil som stannat några minuter i trafiken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

ESS - Johns MW. Sleep 1991;14:540-545. Svensk översättning: Jan-Erik Broman, Uppsala, 2000. Antagen av Svensk förening för sömnforskning, 2001.



Bilaga 5: Frågeformulär om ätvanor: QEWP-R. 15 frågor

Kryssa för det alternativ som passar bäst in på dig eller skriv in svaret där så erfordras.

1. Har du, under de sista **sex månaderna**, ofta ätit vad de flesta skulle anse vara ovanligt mycket mat under en två-timmarsperiod?

₁ Ja

₂ Nej

Om JA: Gå vidare till nästa fråga.

Om NEJ: Gå till fråga 6 ⇒

2. De gånger du åt på detta sätt, hade du då ofta känslan att du inte kunde sluta äta eller kontrollera hur mycket du åt?

₁ Ja

₂ Nej

Om JA: Gå vidare till nästa fråga.

Om NEJ: Gå till fråga 6 ⇒

3. Hur ofta i genomsnitt under de sista **sex månaderna** åt du på detta sätt - dvs. stora mängder mat **plus** känslan att ditt ätande var okontrollerbart? (Om detta inte hände varje vecka så ta genomsnittet).

₁ Mindre än en dag i veckan

₂ En dag i veckan

₃ Två eller tre dagar i veckan

₄ Fyra eller fem dagar i veckan

₅ Nästan varje dag

4. Upplevde du **vanligen** något av de följande vid dessa tillfällen?

a Åt mycket snabbare än vanligt? ₁ Ja ₂ Nej

b Åt tills du kände dig obehagligt mätt? ₁ Ja ₂ Nej

c Åt stora mängder mat när du inte kände dig fysiskt hungrig? ... ₁ Ja ₂ Nej

d Åt ensam eftersom du kände dig generad över hur mycket du åt? ₁ Ja ₂ Nej

e Kände dig äcklad av dig själv, deprimerad, eller fick skuld känslor efter att du ätit för mycket? ₁ Ja ₂ Nej

6. Hur orolig var du i allmänhet, under de sista **sex månaderna**, över att du åt för mycket (åt mer än du tycker är nyttigt för dig)?

- ₁ Inte alls
- ₂ Lite
- ₃ Måttligt
- ₄ Mycket
- ₅ Våldigt mycket

7. Hur orolig var du i allmänhet, under de sista **sex månaderna**, över känslan att du inte kunde sluta äta eller kontrollera hur mycket och vad du åt?

- ₁ Inte alls
- ₂ Lite
- ₃ Måttligt
- ₄ Mycket
- ₅ Våldigt mycket

8. Under de sista **sex månaderna**, hur viktiga har din vikt eller figur varit för hur du kände eller värderade dig själv (jämfört med andra delar av ditt liv; hur det gick på jobbet, som förälder, eller hur du fungerade med andra människor t.ex.?)

- ₁ Vikt och figur var **inte särskilt viktigt**
- ₂ Vikt och figur **påverkade till viss del** hur du upplevde dig själv
- ₃ Vikt och figur var en del av de **viktiga faktorerna** som påverkade hur du upplevde dig själv
- ₄ Vikt och figur var **de viktigaste faktorerna** som påverkade hur du upplevde dig själv.

9. Försökte du någon gång, under de sista **tre månaderna**, att framkalla kräkning för att undvika viktökning efter hetsätning?

- ₁ Ja
- ₂ Nej



Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, hände det?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
- ₂ En gång i veckan
- ₃ Två eller tre gånger i veckan
- ₄ Fyra eller fem gånger i veckan
- ₅ Mer än fem gånger i veckan

10. Tog du någon gång, under de sista **tre månaderna**, mer än den dubbla rekommenderade dosen av laxermedel för att undvika viktökning efter hetsätning?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, hände det?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
- ₂ En gång i veckan
- ₃ Två eller tre gånger i veckan
- ₄ Fyra eller fem gånger i veckan
- ₅ Mer än fem gånger i veckan

11. Tog du någon gång, under de sista **tre månaderna**, mer än den dubbla rekommenderade dosen av diuretika (vattendrivande medel) för att undvika viktökning efter hetsätning?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, hände det?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
- ₂ En gång i veckan
- ₃ Två eller tre gånger i veckan
- ₄ Fyra eller fem gånger i veckan
- ₅ Mer än fem gånger i veckan

12. Har du någon gång, under de sista **tre månaderna**, fastat (inte ätit någonting alls under minst 24 timmar) för att undvika viktökning efter hetsätning?

- ₁ Ja
₂ Nej

Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, hände det?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
₂ En gång i veckan
₃ Två eller tre gånger i veckan
₄ Fyra eller fem gånger i veckan
₅ Nästan varje dag

13. Har du någon gång, under de sista **tre månaderna**, utövat fysisk träning mer än en timme **enbart** för att undvika viktökning efter hetsätning?

- ₁ Ja
₂ Nej

Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, hände det?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
₂ En gång i veckan
₃ Två eller tre gånger i veckan
₄ Fyra eller fem gånger i veckan
₅ Mer än fem gånger i veckan

14. Tog du någon gång, under de sista **tre månaderna**, mer än den dubbla rekommenderade dosen av ett bantningsmedel för att undvika viktökning efter hetsätning?

- ₁ Ja
₂ Nej



Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, hände det?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
- ₂ En gång i veckan
- ₃ Två eller tre gånger i veckan
- ₄ Fyra eller fem gånger i veckan
- ₅ Mer än fem gånger i veckan

15. Vaknar du på nätterna efter insommandet, och stiger upp för att äta?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

Om JA: Hur ofta, i **genomsnitt**, händer det?

- ₁ Någon gång om året
- ₂ Flera gånger om året
- ₃ Minst en gång i månaden
- ₄ Flera gånger i månaden
- ₅ Flera gånger i veckan