

Tverrfaglig poliklinisk behandling for pasienter med sykkelig overvekt

Randi Nossum, spesialergoterapeut, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim, e-post: randi.nossum@stolav.no

Siv Hege Forbord, fysioterapeut, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim

Sara Severinsson, klinisk ernæringsfysiolog, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim

Hilde Isachsen, sosionom, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim

Siv Mørkved, fysioterapeut, forskningsrådgiver ved Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim og professor ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Denne Fagartikkelen, mottatt 18.08.08 og godkjent 19.10.09, er eksternt fagvurdert i henhold til Tidsskriftet Fysioterapeutens retningslinjer på www.fysioterapeuten.no og redigert av Kjartan Vårbakken.

Oppgitte interessekonflikter: ingen.

Sammendrag

For pasienter med sykkelig overvekt, har vi ved Klinikk for kliniske servicefunksjoner ved St. Olavs Hospital i Trondheim utviklet et tverrfaglig poliklinisk behandlingstilbud. Hensikten med fagartikkelen er å beskrive begrunnelse for, gjennomføring av og metoder for å evaluere vår tverrfaglig sykehus-polikliniske intervensjon for pasienter med sykkelig overvekt.

I tråd med nye anbefalinger tilstrebet vi å ivareta både fysiske og psykiske aspekter ved vektreduksjon. Behandlingsteamet besto av fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og sosionom. Målet var å hjelpe deltakerne til å etablere nye vaner med tanke på varig livsstilsendring (kosthold, trening, hverdagsrutiner), for dermed å oppnå varig vektreduksjon, økt mestring og bedret livskvalitet.

Vi benyttet Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger som retningslinjer for de delene av intervensjonen som omfattet råd om ernæring og fysisk aktivitet. Kunnskap fra sosial kognitiv læringsteori og kunnskap om endringsprosesser og gruppedynamikk ble lagt til grunn for behandlingen. Deltakerne definerte sine egne målsettinger og gjorde rede for disse ved oppstart.

Det tverrfaglige behandlingstilbudet besto blant annet av kostholdsveiledning, praktisk matlaging, trening, informasjon om treningslære og bevisstgjøring i forhold til motivasjon, vaner, risikosituasjoner og mestringsstrategier. Deltakerne fikk hjelp til å finne aktiviteter de trivdes med, som var gjennomførbare og som var mulig å implementere i den enkeltes hverdag.

I seks måneder trente de med fysioterapeut to til tre ganger per uke, og deltok i ukentlige gruppe-møter som rullerte mellom ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom.

Vi benyttet validerte utfallsmål som gjør det mulig å evaluere effekten av behandlingstilbudet, og resultater fra prosjektet vil foreligge etter at prosjektperioden er avsluttet.

Nøkkelord: Overvekt; Sykelig overvekt, Tverrfaglig behandlingsteam, Pasientbehandling, Ambulant behandling; Utkommeevurdering; Behandlingsutkomme; Sykehus, urbant (oversatt fra MeSH-termer).

Innledning

Økende fedmeproblemer i verden

Overvekt og fedme er et økende helseproblem og en risikofaktor for sykdommer og plager som diabetes, høyt blodtrykk, hjerte-karsykdommer og belastningslidelser for store deler av verdens befolkning (1, 2). Med *overvekt* menes en kroppsmasseindeks (KMI) på 25-29,9 kg/m², mens *fedme* defineres som KMI ≥ 30 kg/m² (1). Men hva viser forskningstallene i Norge?

De dokumenterer en markant økning i vekt og av fedme de siste tiårene og at

økningen har funnet sted i alle lag av befolkningen (1-3). Tall fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT 2, gjennomført 1995-97) viser at hos de over 20 år er cirka halvparten av mennene og 40 % av kvinnene overvektige. Videre i samme aldersgruppe ser en at 16 % av mennene og 21 % av kvinnene har utviklet fedme (4). Det finnes ikke direkte sammenlignbare tall fra andre fylker. Men gjennomsnittstall fra fem fylker, presentert i Statens helseundersøkelser fra 2000-2003, viser omtrent det samme som i HUNT 2-studien.

Behandlingsviten

Behandlingstilbudet til denne pasientgruppen er i dag mangelfullt. Shaw et al (2008) Cochrane-oversikt over randomiserte kontrollerte studier på behandling av overvekt viser at: En kombinasjon av atferdsendring, trening og kostholdsendring gir størst gevinst på livsstilsendring for overvektige (5). Nasjonale anbefalinger og nyere studier har tilsvarende anbefalinger når det gjelder nødvendigheten av de samme tre faktorene: atferd, trening og kosthold (1, 2, 6, 7). En annen Cochrane-oversikt viser at trening er

en effektiv intervensjon for å redusere vekt, særlig hvis treningen kombineres med diett (eller kostholdsintervensjon) (8). Sistnevnte oversiktsstudie viser at trening også er et effektivt tiltak for å påvirke ulike sekundære effektmål (blodtrykk, serum glukose-, triglyserid- og kolestrolnivå). Dette selv om ikke vekten reduseres (8).

En mangel ved studiene som er inkludert, er imidlertid at oppfølgingstiden er kort (3-12 måneder etter avsluttet intervensjon). Det er altså lite kunnskap om effekt utover ett år. Vår erfaring tilsier at mange overvektige har prøvd et tall slankekurer på egen hånd, eller de har søkt hjelp hos flere kostholdsekspertter. I tillegg opplever mange at vekten har økt etter avsluttet slankeprogram. Alt i alt indikerer det at tiltakene ikke har ført til tilfredsstillende resultat over tid.

Norske myndigheter bekjemper fedme

Behandling og forebygging av overvekt er nå et helsepolitisk satsningsområde i Norge (1, 2). Det er faglig enighet om at helserisikoene er betydelig ved *sykelig overvekt* (KMI over 40 kg/m²). For sykelig overvekt har selv begrenset vektreduksjon stor helsemessig gevinst (1, 2, 5). For å samordne tilbudet til denne pasientgruppen, er det etablert regionale sentra som skal bygge opp kompetanse, utarbeide adekvate behandlingstilbud og bidra til forskning innen området (2).

Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) ved St. Olavs Hospital har ansvaret for Midt-Norge. Fra 2004 har vi gitt behandlingstilbud til voksne med diagnosen sykelig overvekt. Det vil si KMI \geq 40 kg/m² eller KMI \geq 35 kg/m² og med alvorlige følgetilstander. RSSOs opprinnelige tilbud til pasientgruppen var kirurgi, behandlingssopphold ved Røros rehabiliteringssenter, eller opphold ved Ebeltoft Kurcenter i Danmark.

Ved oppstarten fantes det få kjente sykehusbaserte polikliniske tilbud som bygget på konservativ behandling (1). Vi fant heller ikke vitenskapelig dokumentasjon fra Norge eller andre skandinaviske land som viste dokumentert effekt av tverrfaglig poliklinisk behandling av pasienter med sykelig overvekt. Ei heller fant vi systematiske beskrivelser av slike tilbud.

Med bakgrunn i dette utviklet Klinikk for kliniske servicefunksjoner ved St. Olavs



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Hospital i 2005 et fjerde behandlingsalternativ: tverrfaglig poliklinisk behandling. I tråd med norske anbefalinger tilstrebet man her å ivareta både fysiske og psykiske aspekter ved vektreduksjon (1, 2). Målsettingen var å hjelpe deltakerne til å etablere nye vaner for en varig endring av livsstil (kosthold, trening, hverdagsrutiner), for dermed oppnå varig vektreduksjon og bedring i mestrings og livskvalitet.

Hensikt

Hensikten med fagartikkelen er å hjelpe andre som vil i gang med liknende prosjekter. Spørsmålet den besvarer er: Hvordan begrunne, utføre og evaluere en tverrfaglig sykehuspoliklinisk intervensjon for pasienter med sykelig overvekt?

Hoveddel

Målgruppe for intervensjonen

Intervensjonen ble utviklet som et behandlingstilbud til voksne med diagnosen sykelig overvekt, her definert som KMI \geq 40 kg/m² eller KMI \geq 35 kg/m² og med alvorlige følgetilstander. Eksempler på slike tilstander er diabetes, hjerte-karsykdom og belastningslidelser. Deltakere skulle være henvist fra egen lege til behandling ved sykehuset. Det var en forutsetning at deltakerne bodde så nært sykehuset at reisetiden fra hjemmet ikke overskred en time.

Intervensjonen

Intervensjonen ble utviklet gjennom et sam-

arbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom. Alle terapeutene hadde fra tidligere bred erfaring med behandling av pasienter med livstilsykdommer, både individuelt og i gruppe.

Teoretisk forankring

Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet ble benyttet som retningslinjer for de delene av intervensjonen som omfattet råd om ernæring og fysisk aktivitet (9). Kunnskap fra sosial kognitiv læringsteori og kunnskap om endringsprosesser og gruppedynamikk ble lagt til grunn for gruppebehandlingen (10-12).

Ifølge teoretikeren Bandura (1997) er personens tro på egen mestrings, tro på egen kapasitet og erfaringer med å ha lyktes tidligere de viktigste faktorene for å oppnå endringer av helseatferd (10). Mens Antonovskys teorier (1996) spesielt vektlegger viktigheten av aktiv deltagelse fra deltakerne. Han påpeker at behandling må bygge på en tiltro til at mennesket selv er aktiv i endringsprosesser og at de gjør selvstendige valg i forhold til egne prioriteringer (11).

Gruppebehandling ble valgt blant annet med bakgrunn i en studie utført av Renjiilian et al (2001) (13). I den randomiserte kontrollerte studien fikk deltakerne velge mellom gruppe- eller individuell behandling. Studien konkluderer med at faktorene empati, sosial støtte og en liten dose konkurranse alle virker positivt på livsstil.

Behandlingstiltaket

Våre deltakere definerte sine egne målsettinger og gjorde rede for disse ved oppstart. Målsettingene ble nedskrevet av deltaker og behandler. Videre ble det lagt stor vekt på å hjelpe deltakerne til å finne aktiviteter som de trivdes med, som var gjennomførbare og som var mulig å implementere i den enkeltes hverdag.

Det tverrfaglige behandlingstilbudet besto blant annet av kostholdsveiledning, praktisk matlaging, trening og informasjon om treningslære. Og videre, av bevisstgjøring i forhold til motivasjon, vaner, risikosituasjoner og mestringsstrategier. Dette var tema som samsvarte godt med de målsettinger deltakerne selv hadde skissert i forbindelse med testingen før oppstart.

Hvem gjorde hva?

Fysioterapeut

Fysioterapeuten bygde sin behandling på Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for trening og fysisk aktivitet (9). Treningen besto av styrke- og utholdenhetstrening og ble tilrettelagt for at hver enkelt deltaker skulle få maksimalt utbytte av treningen. Utgangspunktet var American College of Sports Medicine's standpunkter for å redusere vekt hos overvektige voksne (2001) og å trene

Pasienter med sykkelig overvekt får tverrfaglig poliklinisk behandling som skal bedre atferd, kosthold og trening.

friske voksne (1998) (14, 15).

Styrketreningen ble rettet mot store muskelgrupper, i hovedsak underekstremitetene. For å forebygge belastningsskader, økte fysioterapeuten motstanden gradvis slik at antall repetisjoner ved utmattelse per serie ble redusert fra 20 til 12 over seks måneder (14, 15). Trening mot tyngdekraft og med strikk ble benyttet. I praksis var det vanskelig å trene på 85-95 % av 1RM (repetisjon maksimum) – eller fem til seks repetisjoner i tre serier – på grunn av mangel på hensiktsmessig utstyr. Noen av deltakerne benyttet seg imidlertid av disse treningsprinsippene ved egentrening på for eksempel treningsinstitutter.

Intervalltrening anses som den mest tids effektive treningsformen. I tillegg har metoden dokumentert effekt på aerob kapasitet (17). Vi gjennomførte intervalltrening i gruppe på høy intensitet (cirka 80-85 % av maksimalt oksygenopptak) gjennom fire interval-

ler på fire minutter. I de tre minutters pausene mellom hvert intervall, trente deltakerne styrke. Utholdenhetstreningen besto av aerobic og sirkeltrening til musikk i gymsal, aerobic eller løping i svømmebasseng og utendørstrening.

Deltakerne benyttet treningsdagbok der de registrerte hvor ofte de trente (frekvens), varighet, grad av anstrengelse (intensitet eller motstand) og type trening. Dette for å sikre treningsdose, definert i Aktivitetshåndboken som frekvens x varighet x intensitet (17). Treningsdagbøkene ble innlevert til fysioterapeutene hver måned og deltakerne fikk individuelle tilbakemeldinger.

Styringsredskaper for intensitet ved trening av utholdenhet var hjertefrekvensmåling og pasientens systematiske vurdering av opplevd anstrengelse. På gruppetreningene ble deltakerne av og til testet med pulsklokke for å registrere hvor hardt de jobbet, i prosent av maksimal hjertefrekvens (maks HF). Ellers trente de med utgangspunkt i Borgs RPE-skala fra 6-20 (Rate of Perceived Exertion eller grad av opplevd anstrengelse) (17). Vi instruerte deltakerne til å vurdere «følelse av anstrengelse, hvor tungt og anstrengende det er og hvor sliten du føler deg», og videre instruksjoner fulgte anbefalte instruksjon ved bruk av Borgs skala, tilsvarende det som



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

er angitt i Aktivitetshåndboken (17). Ved høyintensiv trening skulle de nå 85-90 % av maks HF som tilsvarer 17 på Borgs RPE (det vil si meget anstrengende). Ved moderat utholdenhetstrening, var Borg på 13 (litt anstrengende), noe som tilsvarer cirka 75 % av maks HF (17).

En del av deltakerne brukte skritteller for å registrere skritt per dag. For å oppnå helseeffekt, anbefaler Statens råd for helse og ernæring 10 000 skritt eller 30 minutter gange i moderat tempo per dag.

Det ble i tillegg lagt vekt på at hver enkelt deltaker skulle finne treningsformen som kunne integreres i sitt dagligliv. Deltakerne ble oppfordret til å velge som egentrening aktiviteter de selv opplevde som meningsfulle og lystbetonte.

Ergoterapeut

Ergoterapeuten innledet med å undervise gruppa i plenum om helsemessige betydninger av aktiviteter i henhold til Kielhofners (2002) modell for menneskelig aktivitet (18). Betydningen av aktivitet ble belyst og deltakerne ble presentert for hvilke konsekvenser det har for den enkelte å endre aktiviteter eller å slutte med dem. Eksempler som ble gitt var vansker med å følge opp barna i lek, og problemer med å utføre daglige aktiviteter som renhold i hjemmet, enten på grunn av bevegelsesinnskrenkninger, tung pust eller begge deler.

Hovedfokus i ergoterapidelen var rettet mot deltakernes hverdagsaktiviteter både i jobb, hjem, skole og fritid (18, 19). Målsettingen var å få hver enkelt deltaker til å reflektere over egne aktivitetsvalg, for dermed å bli mer bevisst på egne prioriteringer i hverdagen.

I gruppetimene konkretiserte deltakerne egne målsettinger og jobbet med å prioritere egne vaner i hverdagen. Deltakerne fikk hjelp til å iverksette nye vaner ved bruk av for eksempel KDA-skjema (Kartlegging av Daglige Aktiviteter) (20), dagsplaner og ukeplaner.

Utfordringene for de fleste deltakerne var å finne plass til nye aktiviteter (som for eksempel trening), flere måltider i løpet av dagen og nye alternativer i situasjoner hvor de lett falt tilbake til uønskede vaner. Det ble lagt vekt på å gå direkte inn i hverdagsaktivitetene for å finne konkrete og oppnåelige løsninger. Deltakerne prøvde i fellesskap ut nye aktiviteter de ønsket å bruke for å bedre vaner og øke mestring.

Den tverrfaglige behandlingen besto blant annet av:

- praktisk matlaging
- trenings- og motivasjonslære
- mestringsstrategier

Klinisk ernæringsfysiolog

Kostholdsveiledning og praktisk matlaging ble ledet av klinisk ernæringsfysiolog. Innholdet var basert på Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for ernæring (2001), og på Melin et als anbefalinger for å endre kostholdsvaner eller -atferd (9, 21, 22). Anbefalingene går i korthet ut på økt inntak av frukt, grønnsaker, fisk og grove kornprodukter og redusert inntak av sukker og fett. Og at inntaket fordeles over minst fem måltider per dag. Gruppetimene ble gjennomført med 6-8 deltakere.

Kostholdsveiledningen startet med teoriundervisning. Deltakerne fikk kunnskap om ulike typer næringsstoffer, energibehov, planlegging av dagens måltider, måltids-sammensetning og porsjonsstørrelser. Mer spesifikt fikk de for eksempel informasjon om forskjeller på ulike typer fett og de ble oppfordret til redusert inntak av mettet fett. I tillegg fikk de øvelse i praktisk matlaging med bruk av sunne ingredienser og matlagingsmetoder. De fikk også introdusert og prøvd ut nye matvarer og retter.

Det ble i samarbeid med ergoterapeut lagt vekt på å gjøre deltakerne oppmerksomme på egen atferd i forhold til kosten. De ble oppfordret til å utarbeide en kostplan, og de fikk opplæring i bruk av dataprogrammer.

Sosionom

Sosionomens rolle var å bidra med endringsstrategier for selvhjelp, mentalt så vel som praktisk, sosialt og økonomisk (23, 24). Hensikten med intervensjonen var å bevisstgjøre deltakerne på eget ansvar og gjøre dem i stand til å se egne muligheter for måloppnåelse, og som en konsekvens av dette, gi økt selvfølelse.

Behandlingen foregikk både i form av gruppesamtaler og individuelle samtaler. Sentrale temaer var diskriminering og fordommer, økonomiske og sosiale konsekvenser av sykdom, trykderrettigheter, skam og skyldfølelse, grensesetting og samlivsproble-

matikk. Enkelte deltakere fikk også, etter selv å ha etterspurt det, praktisk hjelp for eksempel til sykmeldinger, kontakt med arbeidsgiver, trygdekontor og andre offentlige instanser.

Andre yrkesgrupper

Før de startet i gruppebehandlingen, hadde noen av deltakerne allerede jevnlig kontakt med psykolog. Underveis merket andre sine egne behov for hjelp med psykiske problemstillinger, mens andre igjen ble henvist til psykolog. Psykologen deltok på enkelte gruppemøter.

Ansvar for den medisinske oppfølgingen lå hos pasientens fastlege. Men våre egne medisinske tester ble også fulgt opp av sykepleier og lege på RSSO ved St. Olavs Hospital.

Organisering

Ved oppstart: to dagers livsstilskurs

Første del av tiltaket besto av et to dagers livsstilskurs. Ved oppstart signerte alle deltakerne en kontrakt som inneholdt en avtale om intern taushetsplikt og regler for oppmøte eller fravær.

Kurset ble lagt opp som en «kickoff» og markerte oppstarten på endringsprosessen. Her fikk deltakerne høre om erfaringer fra andre overvektige som hadde lyktes med å endre livsstil, og de fikk kort informasjon om innholdet i det tverrfaglige behandlingsopplegget. I tillegg laget pasienter og behandlere lunsj sammen og gjennomførte en felles treningsøkt. I løpet av kurset var det avsatt god tid til dialog, hvor målsettingen var å skape trygghet i gruppa.

Underveis: seks måneders trening samt møter med helsepersonell

I løpet av de seks første månedene (intervensjonsperioden) trente pasientene med fysioterapeut to til tre ganger per uke. I tillegg deltok de i ukentlige gruppemøter som rullerte mellom ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom. Vi arrangerte også felles informasjonsmøte for deltakere og pårørende hvor lege og det tverrfaglige teamet underviste og åpnet for dialog. Målsettingen var å øke kunnskapen om vektproblematikk og å skape en felles forståelse for behovet for psykisk støtte og oppmuntring underveis i prosessen. Dessuten fikk pasientene tilbud om individuelle samtaler, og det ble opprettet kontakt med psykolog og lege der deltakeren følte behov for det.

Ved avslutning: to dagers livsstilskurs

Intervensjonsperioden ved sykehuset ble avsluttet med et to dagers livsstilskurs. Her var fokus å oppsummere resultater og erfaringer og å motivere til videre innsats.

Veien videre: treningsoppfølging i kommunen

Etter intervensjonen ble det lagt opp til en gradvis økning av egenansvar hos deltakerne. Fra å ha møttes ukentlig til gruppemøter og trening, ble det etter seks måneder lagt opp til gruppetrening én gang per uke i regi av fysioterapeut i kommunen. I tillegg til treningen arrangerte det tverrfaglige teamet gruppesamlinger annenhver måned, hvor fokuset var å motivere og hjelpe til å komme videre i prosessen. Enn videre organiserte deltakerne regelmessig sine egne selv selvhjelpsgrupper for erfaringsutveksling og felles aktivitet.

Fem års registrering fra sykehuset

Gruppen skal følges opp av RSSO i totalt fem år. Oppfølgingen vil bestå av tilbud om gruppesamlinger ved sykehuset og telefonoppfølging, begge to ganger per år, samt tilbud om individuell oppfølging på forespørsel fra deltakerne. Ansvarlig for dette er Lærings- og mestringsenheten i Klinikk for kliniske servicefunksjoner ved St. Olavs Hospital.

Evaluering

Det ble gjort registreringer for å kunne evaluere resultatet av intervensjonen ved oppstart og etter seks og 12 måneder. Testingen ble utført på egne dager og testene ble administrert av terapeutene i behandlingsteamet. Tilsvarende tester gjennomføres etter tre og fem år.

Utfallsmål

Primært utfallsmål var vekt. Deltagerne ble veid på samme vekt og til samme tidspunkt hver uke. Deltakerne hadde på seg treningstøy, men ikke sko under veiingen.

Sekundære utfallsmål var mestring, livskvalitet og kosthold. Mestring og livskvalitet ble målt med blant annet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (25). COPM ble benyttet for å kartlegge deltakernes egendefinerte funksjonsproblemer, beskrive mål og planlegge og følge opp behandlingsforløp. Testen ble gjennomført som et halvstrukturert intervju der pasienten selv beskrev egne aktivitetsproblemer og skåret utførelse av aktiviteter og tilfredshet med utførelsene på en skala fra 1 til 10, hvor 10 er høyeste skår. Kosthold ble registrert ved bruk av fire-dagers kostholdsskjema i kombinasjon med frekvensspørreskjemaet «Hva

spiser du?» (26).

Andre sekundære utfallsmål var muskelstyrke, bevegelse og kondisjon. Vi testet funksjonell styrke ved å måle antall ganger deltakerne klarte å reise og sette seg på stol i løpet av ett minutt. I tillegg målte vi generell bevegelse som avstanden mellom fingertupper og gulv, ved at deltakeren sto med strake knær på en 21 cm høy step-kasse og bøyde seg framover med strake fingre mot gulvet. Vi målte også maksimalt oksygenopptak direkte, ved at deltakeren gikk på tredemølle i motbakke. Deltakerne gikk på sin hurtigst foretrukne hastighet og belastningen økte hvert minutt ved å øke helningsvinkelen med 2 %. Testen ble avsluttet ved utmattelse. I tillegg til disse testene ble det utført enkelte tester på RSSO, for eksempel blodprøver og diverse livskvalitetsmålinger.

Avslutning

Gjennom dette prosjektet har vi begrunnet, utviklet, prøvd ut og beskrevet en tverrfaglig poliklinisk intervensjon for pasienter med sykkelig overvekt. En intervensjon som vektet endring av atferd, kosthold og trening.

Vår erfaring (på prosess) er at deltakerne har fått økt bevissthet om egne vaner og prioriteringer i hverdagen, og at de har fått økt kompetanse for å endre egen livsstil. Det ser ut til at det enkleste å komme i gang med er regelmessig trening. Imidlertid synes det som en stor utfordring å endre vaner og holdninger rundt kosthold og daglige prioriteringer.

Erfaring (om påvirkning) tyder så langt på at intervensjonen kan bidra til vektreduksjon og endring av livsstil hos pasienter med sykkelig overvekt, men at det synes utfordrende å få høy grad av gjennomføring av tiltakene.

Effekten av intervensjonen undersøkes nå i en kontrollert studie med en oppfølgingstid på fem år. Resultatene fra studien presenteres så snart alle data er klare.

Litteratur

1. Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Sosial og helsedirektoratet, Rapport IS-1150, 2004.
2. Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, voksne. Utarbeidet av nasjonal arbeidsgruppe etter mandat fra Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007.
3. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforening 2007; 127: 34-7.
4. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT 2. Tilgjengelig på: <http://ntnu.no/dmf/hunt>.
5. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C et al. Psychological interventions for overweight or obesity: Cochrane database of Systematic Reviews 2008 Issue 4. Art. No: CD 003818. DOI:10.1002/14651858.CD003818.pub2.

6. Lang A and Froelicher ES. Management of overweight and obesity adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. Eur J of Cardiovasc Nurs 2006; 5: 102-14.
7. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG et al. Randomized Trial of Lifestyle Modification and Pharmacotherapy for obesity. N England J Med 2005; 353: 2111-20.
8. Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P et al. Exercise for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 4. Art. No: CD003817. DOI:10.1002/14651858.CD003817.pub3.
9. Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial- og helsedirektoratets Rapport 2/2000 Oslo, 2000.
10. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: WH Freeman and Company, 1997.
11. Antanovsky A. The sense of coherence: A historical and future Perspective. Isr J Med Sci 1996; 32: 170-9.
12. Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokusert rådgivning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.
13. Renjilian D, Perri M, Nezu A et al. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. J Consult Clin Psychol 2001; 4: 717-21.
14. Jakicic, Clarc, Coleman et al. ACSM Position Stand on the appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Med Sci Sports Exerc 2001; 33(12): 2145-56.
15. Pollock, Gaesser, Butler et al. ACSM Position Stand on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio respiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. Med Spi Sports Exerc 1998; 30(6): 971-91.
16. Rognmo Ø, Hetland E, Helgerud J et al. High intensity aerobic interval exercise is superior to moderate intensity exercise for increasing aerobic capacity in patients with coronary artery disease. Eur J Cardiovasc Prevention Rehab 2004; 11: 216-22.
17. Aktivitetshåndboken. Helsedirektoratet 2009. Rapport IS-1592. Side 128-30, 344. Fritt tilgjengelig på: www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet
18. Kielhofner G. Model of human occupation: theory and application. Philadelphia: Wolters Kuwer/Lippincott Williams & Wilkins, 3rd Edition, 2002.
19. Jackson J, Carlson M, Mandel D et al. Occupational in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. Am Journ of Occup Ther 1998; 52(5): 326-36.
20. KDA-skjema. Tilgjengelig på: <http://old.netf.no/ergoterapi/kartlegging.htm>
21. Melin I. Obesitas - Handbok for praktisk klinisk behandling av overvekt, fetma og metabolt syndrom basert på kognitiv beteendemodifikasjon ock konventionell behandling. Lund: Studentlitteratur, 2001.
22. Melin I, Karlström B, Berglund L et al. Education and supervision of health care professionals to initiate, implement and improve management of obesity", Patient Educ Couns, 2005; 58: 127-36.
23. Balch P and Ross AW. Predicting success in weight reduction as a function of locus control:

A unidimensional and multidimensional approach. *J Consult Clin Psychol* 1995; 43: 119.

24. Shulman L: *The Skills of helping Individuals, families and groups.*, 3.utgave USA: FE Peacock Publishers, Inc. 1992.

25. Babtiste S, Law M, Pollock N et al. *The Canadian Occupational Performance Questionnaire.* *WFOT Bulletin*, 1993; 28: 47-51.

26. Andersen LF. *Evaluation of food frequency questionnaire used among different groups of Norwegian population (Thesis).* Doctorial dissertation, Oslo: Institute of Nutritional Research, University of Oslo, 1998.

Title: Interdisciplinary policlinical treatment for patients with morbid obesity

Abstract

At Clinical Service at St. Olavs Hospital, Trondheim, Norway, we have developed a multi-disciplinary outpatient intervention to treat obese patients. The aims of this article are to describe the underlying theoretical assumptions, the intervention and the outcome measures used to evaluate our multi-disciplinary, outpatient clinic treatment protocol.

According to recommendations, this intervention addressed both physical and psychological aspects of weight reduction. The multi-disciplinary team consisted of physiotherapist, occupational therapist, clinical dietician and social worker. Our goal was to help the participants to establish new habits and to hold on to their new lifestyle (diet and nutrition, physical activity, daily life routines). This to achieve the purpose of long-term weight-reduction increased coping and improved quality of life.

Recommendations from The Norwegian Directorate of Health were used as guidelines regarding the parts of the intervention that included nutritional and physical activity advices. The theoretical framework was based on social cognitive theory, theories on behavioural changes and group dynamics. The participants defined and described their own goals at the baseline registration.

The multi-disciplinary group intervention included dietary advice, cooking, physical activity, exercise physiology and behavioural modifications including coping strategies. We assisted the participants in finding activities that encouraged adherence to the treatment protocol and could be implemented in their daily life. During a six months period the participants followed an exercise program led by physiotherapists two to three times per week, and participated in weekly group meetings led by occupational therapist, clinical dietician and social worker.

We included validated outcome measures to make it possible to evaluate the effects of our intervention. Results from the project will be published when the project period has ended.

Keywords: Obesity; Obesity, Morbid; Patient Care; Ambulant Care, Patient Care Team; Outcome Assessment (Health Care); Treatment Outcome; Hospitals, Urban (MeSH-terms).

DORCAS



Vi slår et slag for høyere kvalitet

Dorcas profesjonelle behandlingsbenker

Dorcasbenkene (tidl. Masoflex) regnes for noen av de mest driftssikre på markedet, og kan spesialtilpasses den enkelte behandler. Benkene produseres av Dorcas i Norge. Vi utvikler og forbedrer benkene kontinuerlig for å sikre den høye kvaliteten og brukervennligheten.

Dorcas varme- og kuldepakninger

Dorcas GEL PACK er en av de mest brukte varmpakningene for varmekjele i hele Skandinavia. **Dorcas ACTIVATOR PACK** har meget høy anerkjennelse over hele Skandinavia, og selges blant annet gjennom ledende apotekkjeder i Norge. **Dorcas MICRO PACK** er Norges mestselgende varmpakning basert på korn. Kornet er økologisk dyrket hvete fra Ringerike. **Dorcas COLD PACK** er den desidert mest solgte kuldepakningen til profesjonelle behandlere i landet. Alle våre varme- og kuldepakninger produseres av Dorcas i Norge.

Dorcas innehar en rekke agenturer på førsteklasses produkter fra anerkjente produsenter til privatpraktiserende behandlere, sports- og treningsstudioer, massasjeinstitutter, offentlige helseinstitusjoner, offentlige og private bedrifter, idrettslag og privatpersoner.

For å øke kvalitetsnivået og produktutvalget av sports- og treningsutstyr samarbeider Dorcas med **GYM2000**, en av landets ledende produsenter og leverandører av utstyr til vekt- og kondisjonstrening.



www.dorcas.no

DORCAS

Dorcas AS · Helgelandsmoen · 3512 Hønefoss
Tlf.: 32 16 17 90 · Faks: 32 16 17 91
www.dorcas.no · e-post: post@dorcas.no



Vår kompetanse - din trygghet