

# «The proof of the pudding is in the eating»

*Slik jobber vi med overvekt i Seljord*

AV KARI MJAUGEDAL, RAGNHILD SKREDE OG ELISABETH SWENSEN

«Ikke tale om at vi skal drive slankeklubb på legekontoret», sa legen oppbragt.

Det må ha vært en gang i 2006. Posthyllene på Seljord helsesenter flommet som vanlig over av velment og trolig påkostet informasjon om viktigheten av å spise sunt og bevege seg mer, særlig for de fete som på det tidspunktet for alvor fikk myndighetenes oppmerksomhet. Ingenting er mer akutt antiforebyggende enn generelle oppfordringer og selvfølgeligheter på glanset papir, betalt over skatteseddelen. Likevel skal denne artikkelen handle om at vi faktisk tok utfordringen, systematiserte vår egen praksis i forhold til overvektige pasienter, og søkte eksterne midler i en avgrenset periode for å se om vi kunne formatere dette til et prosjekt overførbart til andre. Oftest er det slik at prosjekter blir til ny virkelighet. Her var det mer slik at vi trengte et prosjekt for å se hva vi egentlig drev med. Artikkelen er en ganske enkel beretning, med et praktisk fokus, om hvorfor vi satte i gang, hva vi gjorde, og hvordan det gikk.

## Hvorfor?

Forekomsten av overvekt og fedme er økende i hele den vestlige verden. I Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av fedme og overvekt heter det: «Individrettet forebygging i primærhelsetjenesten må ta utgangspunkt i en samlet risikovurdering med fokus på personer som foruten overvekt, har vektrelaterte risikotilstander eller tilleggslidelser» (1).

**Kari Mjaugedal** er sykepleier, **Ragnhild Skrede** kommunefysioterapeut og **Elisabeth Swensen** kommunelege I i Seljord kommune. Alle arbeider fast ved Seljord helsesenter.

Helsevesenets mandat er å hjelpe folk, ikke skade eller krenke dem. Dette er også nedfelt i policydokumentet om forebyggende helsearbeid fra Norsk forening for allmennmedisin (2). Mye av retorikken rundt overvekt er preget av forakt for målgruppen. Noen er bare tykke og synes trolig det er helt ok eller i alle fall ikke noe andre har noe med. Det må være greit også for mennesker med en stor kropp å gå til legen for øreverk uten å få velmente kommentarer med på kjøpet om kroppsfasong og hvor galt det kan gå. Det er også belegg for å hevde at overvekt i seg selv ikke er det største problemet, men at overvekt ofte signaliserer lavt aktivitetsnivå og dårlige kostvaner som koder for fremtidige helseproblemer. Det sier seg selv at dette ikke er pasienter med høy grad av mestring og rasjonell helseatferd, det ligger i sakens natur. Å sende dem ut fra konsultasjonen med de vanlige frasene om kost og mosjon blir omtrent like kontraproduktivt som når myndighetene gjør det samme overfor legene. Både pasienter og leger trenger konkrete verktøy som er tilpasset den virkeligheten de lever og praktiserer i, samt et system for å måle resultater.



## Hvordan?

Seljord er en landkommune med 3000 innbyggere og et typisk kommunalt helsesenter med samlokalisering av kurative legetjenester, fysioterapiavdeling og helsestasjon. Alle ansatte er på fast lønn, og vi har tradisjon for å bruke hverandre mye på tvers av profesjonene. Vi bestemte oss for å formulere vårt prosjekt som et lokalt, systematisk og skreddersydd tilbud til pasienter med overvekt som i tillegg hadde manifest sykdom eller særlig høy risiko for sykdom med direkte relasjon til overvektsproblematikken. Pasientene måtte henvises til prosjektet av sin fastlege. Vi var bevisste på at dette var en del av vårt behandlingstilbud på grunnlag av en konkret medisinsk vurdering, ikke primært et slankeopplegg. Det var samlet risiko og ikke BMI i seg selv som var inngangsbillett. Pasientene måtte melde seg inn og eventuelt ut av prosjektet, fremmøte ble registrert fortløpende, og fravær ut over et visst antall ganger førte til at vedkommende ble formelt utmeldt og mistet tilbudet inntil eventuell ny henvisning fra lege. Utøvende ledd i prosjektet var sykepleier ved legekantoret og kommunefysioterapeuten. Kommunelege I sto som leder i forhold til bevillende instanser og kommuneledelsen. Den aktuelle sykepleieren ved kantoret hadde allerede i mange år forut for overvektsprosjektet hatt særlig interesse for diabetes og gradvis fått mye selvstendig ansvar for denne pasientgruppen på vårt kontor. Fysioterapeuten hadde veilederkompetanse og erfaring med tilrettelegging av fysisk aktivitet både for funksjonsfriske og pasienter med særlige behov.

Vi søkte og fikk et relativt beskjedent beløp – 163 000 kroner – fra de såkalte «Helsedialog-midlene». Pengene var øremerket samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, i tillegg til at prosjektene skulle være bærekraftige ut over prosjektperioden og implementeres i daglig drift. Vårt utgangspunkt var altså å systematisere en praksis vi allerede drev sporadisk, ulikt og uten resultatmål. I tillegg lå det som forutsetning for tildelingen av prosjektmidler at vi skulle samarbeide med 2. linjetjenesten, noe vi for så vidt alt gjorde, men avgjort med rom for forbedring. I vårt tilfelle var de naturlige samarbeidspartnerne lokalsykehuset (Notodden), dietetiker, og i noen grad overvektsprosjektet ved Telemark rehabiliteringssenter (Nordagutu).

Pengene ble brukt slik:

Frikjøp av sykepleier i 20 prosent stilling	kr 83 000
Andre lønnsutgifter (fysioterapeut timebasis)	kr 50 000
Hospitering (reising m.m.)	kr 20 000
Diverse opplysningsmateriell/bøker/brosjyrer	kr 10 000

## Praktisk gjennomføring

- Sykepleier og fysioterapeut hadde i utgangspunktet gode forutsetninger for å drive endringsarbeid. De

brukte noe av prosjektmidlene til å oppdatere sine kunnskaper om kost og metodikk, skaffe egnet informasjonsmateriell, samt hospitere hos samarbeidspartnerne i 2. linjen.

- Sykepleier ble frikjøpt en dag i uka i prosjektperioden, i praksis noe mindre fordi deler av tiden også gikk til oppfølging av diabetespasienter som ikke tilhørte prosjektet. Fysioterapeuten mottok noe lønn fra prosjektet på timebasis.
- Vi formulerte en enkel protokoll som tydeliggjorde formål, inklusjonskriterier, rollefordeling, dokumentasjon og evaluering.
- Prosjektet ble gjort kjent i lokalavisen, men ble ikke markedsført som slanking.
- Fastlegene på kantoret ble informert om kriteriene for henvisning til prosjektet, samtlige uttrykte sin tilslutning til prinsippet om helhetlig vurdering av sykkelighet og tilleggsrisiko fremfor ensidig overvektsfokus.
- Når pasienten var blitt henvist fra lege, fikk hun/han relativt raskt time hos sykepleier. Det ble satt av god tid til førstegangssamtale der hovedfokus var pasientens egne forutsetninger, forventninger, kunnskap og motivasjon (se eget avsnitt nedenfor).
- Pasienten fikk etter ønske avtale med fysioterapeut for tilrettelegging av fysisk aktivitet. Opplegget hos fysioterapeut varierte fra individuelt tilrettelagt treningsopplegg til egne gruppeaktiviteter for denne målgruppen, eventuelt en kombinasjon. Det individuelle treningsprogrammet for hver enkelt ble fulgt opp av fysioterapeuten og evaluert underveis. Fysioterapeuten laget avtale med kommunens svømmebasseng (på skolen) om egne tidspunkter for bassengtrening for vår målgruppe. Bassengtreningen ble ledet av fysioterapeuten. (Se eget avsnitt nedenfor).
- Legene var involvert i prosjektet som rådgivere og samtalepartnere for sykepleier og fysioterapeut ved behov, pasientene ble ikke tatt inn til legetimer som del av prosjektet.
- Varigheten av prosjektet for hver enkelt pasient varierte, avhengig av behov for støtte og opplevd gevinst. Ved manglende fremmøte til tross for purring ble kontakten med prosjektet avsluttet på vårt initiativ.

## Sykepleieren:

Den første samtalen varer ca en klokke og er todelt: Pasienten snakker først med vekt på konkret kosthold og spisemønster, mens jeg etterpå går igjennom opplegget vårt. Jeg er også den som formidler kontakt videre til fysioterapeut. Ved første møte får alle utdelt «mappa si». Kort fortalt inneholder den litt kostlære/ernæringslære, byttelister («dårlig» mat kan byttes i «bra» mat), konkrete forslag



til dagsplaner, samt informasjon om hvordan varedeklarasjoner på matvarer skal brukes. Et ark med «tanketips på veien mot kostholdsendringer» ligger også med. Vekt og BMI måles hos alle, også blodtrykk der det er lenge siden sist. Aktuelle blodprøver er allerede tatt av fastlegen. Før neste samtale får pasienten i hjemmelekse å finne ut hva som *bør* endres på og hva som *kan* endres på. Jeg har klar fokus på at dette *ikke* er noen slankeklubb, men at de endringene som gjøres også skal gjelde om ett år, om tre år og gjerne for alltid. Alle anbefales å komme tilbake om to uker for en tankeoppsummering uansett om de ønsker å fortsette i opplegget eller ikke. Som tallene viser er de fleste da veldig klare for forandringer, og denne fasen er gjerne svært grei å jobbe med.

Deretter begynner den vanskeligste delen, og da er behovene for oppfølging veldig forskjellige. Pasientene bestemmer. Erfaringene så langt tilsier at de aller fleste trenger tett oppfølging – gjerne hver 14. dag – de to-tre første månedene. Deretter varierer det mye.

Samtalene starter alltid med en generell prat om hvordan det går og eventuelle problemer – før vektkontrollen. Jeg bruker mye tid på konkret kunnskapsformidling. Særlig damene er veldig opptatt av hva de kan og bør spise, målti-

denes sammensetning og ikke minst oppskrifter! Jeg har hentet fra ulike kilder: Diabetesforbundet, Grete Roede og Helsedirektoratet («Kokebok for alle, fra boller til burritos»). Vi snakker mye om matinnkjøp, og jeg bruker også tid på å konkretisere trim: Bruk trapper! Gå til butikken! Handle ofte, gjerne med ryggsekk! Gå til venner, eventuelt en vei hvis den er lang! Gå til jobb!

Erfaringene tilsier at motivasjon er alfa og omega. Pasienter som nylig har fått påvist hypertoni eller diabetes i tillegg til overvekt lykkes ofte i å gå ned i vekt. Like viktig er det at om ikke vekten går så mye ned, opplever flere å stanse en økende vekt, altså å ikke legge på seg mer. De pasientene som klarer å endre måltidsvaner fra få og store måltider til færre og mindre har store sjanser for å lykkes. Jeg har registrert bedre blodsukkerregulering og stabilisering av blodtrykk hos mange diabetikere/hypertonikere selv der vekten ikke har endret seg så mye.

#### Fysioterapeuten

Noen av pasientene ønsker å trene alene etter veiledning fra fysioterapeut. Avtalen er da at den enkelte får et tilpasset treningsopplegg, gjennomfører dette en eller to ganger i uka, og så blir det vurdert sammen med meg etter en måned. Opplegget for denne treningen dreier seg om kondi-

sjon (ergometersyssel) og styrketrening. Frafall er et problem, og tilbakemeldingene er ikke uventet at det er vanskelig å holde motivasjonen oppe. Min vurdering er at fysioterapeuten må være til stede og «coache» hver treningsøkt. I tillegg er det dannet en trimgruppe. Her er det mellom fire og åtte tilstede en gang i uka. Da er det sirkeltraining, ulike poster med vekt på styrketrening. Dette fungerer bra, og pasientene gir gode tilbakemeldinger: «Supert!» «Er så sliten og god etter hver trening» «Oj, dette skulle vi ha hatt tidligere!»

I bassenggruppen er det mellom fire og åtte deltagere hver gang. Jungeltelegrafene har begynt å virke, og det kommer stadig forespørsel om å få delta. Det som er bra med bassengtrening er at pasientene føler seg «så lette»! I tillegg er det skånsomt for slitne ledd, et vanlig problem i denne pasientgruppen. Øvelsene er lagt opp slik at den enkelte presser seg selv, ikke sammenligner seg med de andre. I gruppen er det en alderssammensetning fra 26 til 60 år, noe som virker positivt. Det er kommet mange gode tilbakemeldinger på dette opplegget: «Kjempebra!» «Herlig å trene i vann!» «Føler meg som en andunge som flyter så lett og flott!»

### Resultater

Fordi dette prosjektet ikke hadde noen tydelig start- og sluttdato – vi hadde allerede en praksis på området og har i ettertid fortsatt – har vi tatt utgangspunkt i den perioden der vi har konsistent og fullstendig dokumentasjon, dvs fra mars 2007 og ut 2008. I presentasjonen av resultater er det viktig å presisere at tallene nedenfor er ment for å gi et kvantitativt inntrykk. Det viktigste resultatet er egentlig våre egne erfaringer med denne formen for organisering av et prosjekt i egen praksis, samt tilbakemeldingene fra de som deltok.

ANTALL DELTAGERE TOTALT:	47 (33 kvinner, 14 menn)
ANTALL DROPOUTS:	7 (1 flyttet, 3 sluttet etter informasjonssamtale, 3 falt ut)
ALDER:	kvinner: 29–65 år (gjennomsnitt 42) menn: 34–71 år (gjennomsnitt 54,8)
MANIFEST DIABETES:	11
MEDIKASJON FOR HØYT BLODTRYKK:	15
TID TILKNYTTET PROSJEKTET:	> 1 år: 7 6–12 mndr: 24 < 6 mndr: 9
DELTATT TRENINGSSOPPLEGG:	18 (15 kvinner, 3 menn)
ORGANISERT BASSENGTRENING:	9 (hvorav 4 også trener individuelt)
ANTALL NED I VEKT:	37
ANTALL OPP I VEKT:	3
VEKTNEDGANG:	Gjennomsnitt: 5,7 kg («beste resultat» 22,3 kg)

### Diskusjon

Dette er et lavmælt og relativt lite ambisiøst prosjekt med en klar målsetting om at planen skulle være gjennomførbar og bærekraftig for både deltagerne og oss som helsepersonell på lang sikt. Samhandlingseffekten var avgjort størst horisontalt, innad i kommunen, men vi hentet også nyttige tips hos våre samarbeidspartnere i andrelinjen og oppsummerer det som nyttig å kjenne hverandres kompetanse. Vi oppsummerer det som den største suksessen at nesten alle deltagere – 40 av 47 henviste – opplevde prosjektet som så positivt at de fortsatte å komme etter de innledende samtaler. Erfaringsmessig er det mange pasienter som sier at de gjerne vil endre livsstil og som også har kortvarige ambisiøse forsøk, men som ender tilbake i sitt gamle mønster. Dernest er det en suksess at prosjektet fortsetter i ettertid med uforminskert innsats uten ekstern finansiering. Det er selvsagt gledelig at 37 pasienter gikk ned i vekt og at vi må anta at prosjektet har medvirket til at de deltagende 40 pasientene i noen grad har fått redusert sin risiko for alvorlig sykdomsutvikling og kanskje et bedre liv i småskalamålestokk. Det er også grunn til å anta at prosjektet har ringvirkninger i deltagerens familie og nærmiljø. For oss som helsesenter har prosjektet bekreftet at en tverrfaglig tilnærming til komplekse tilstander som overvekt gir uttelling og at individrettet forebygging i dette formatet faktisk gir mening.

Vi har oppsummert noen enkle suksesskriterier basert på våre erfaringer:

- Seleksjon av deltagere med økt sykdomsrisiko, ikke lavterskel slankeklubb
- Gjensidig kontrakt mellom deltager og tjenesteyter om fremmøte og oppfølging
- Skreddersøm
  - Realistiske mål basert på pasientens egne forutsetninger
  - Konkret, detaljert informasjon tilpasset pasientens evner og kunnskapsnivå
  - Tett individuell oppfølging og justering av mål underveis
- Fokus på pasientens innsats og opplevelse, ikke bare vekt
- Dokumentasjon og evaluering av egen innsats i forhold til nytteverdi

### Referanser

1. Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten – Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme (høring under behandling). Helsedirektoratet 04.03.2009
2. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmenntilmedisin. <http://www.legeforeningen.no/id/128650.0>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
[elswense@online.no](mailto:elswense@online.no)