

Et utviklingsprosjekt av ny metode for forebygging av overvekt og fedme.

Bakgrunn for prosjektet

Overvekt og fedme er et økende problem i Norge og internasjonalt. Livsstilsrelaterte sykdommer øker i forekomst. Dette medfører kostnader både for individ og samfunn.

I Helsedirektoratets nye nasjonale faglige retningslinjer for utredning, forebygging og behandling av overvekt og fedme hos voksne (1), betones at forebyggende tiltak, slik som økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold, må prioriteres for å snu utviklingen. Det vektlegges også at mange sektorer må bidra for at dette skal bli en realitet, samt at det er sterkt behov for verktøy i helsetjenesten for hvordan man kan forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme.

Tiltakene for forebygging og behandling, som beskrives i retningslinjene, er kjente, f eks at:

- Regelmessig fysisk aktivitet og et sunt kosthold forebygger vektøkning og er gunstig i forhold til en rekke vektrelaterte tilleggssykdommer som type 2-diabetes, hjerte/ kar sykdom og kreft.
- Økt fysisk aktivitet er den viktigste faktor for å redusere vektrelatert morbiditet og mortalitet – i hvert fall hos personer med KMI < 35.
- Minst 30 min daglig moderat fysisk aktivitet anbefales for å bedre helsen.
- Redusert energiinntak er nødvendig for vektnedgang.

I de nye retningslinjene gis noen eksempler på hvordan man kan arbeide med endring av levevaner. For eksempel foreslås det at man kan jobbe med gradvis aktivitetsøkning, generelle råd for kosthold, oppfølging av kostvaner, og matdagbok for bevisstgjøring, kartlegging og monitorering. Videre taler man om mestringspsykologiske tiltak.

Det er en bred dokumentasjon for at endring av levevaner leder til helsegevinst; en vektreduksjon på 5-10 % anses som tilstrekkelig i forhold til ønsket helsegevinst (1). De nye retningslinjene peker også på at mange vil trenge faglig hjelp for å få til dette. For de med KMI under 35 er imidlertid tilgangen til hjelp begrenset. I HSØ-regionen finnes det for eksempel fire Lærings og mestringsssentre, og tre av disse arrangerer startkurs for de med BMI over 35 (som et krav for å få gjennomført slankeoperasjon). Det eksisterer også en del rehabiliteringsinstitusjoner som har livsstilsprogram.

Imidlertid viser erfaring og forskning at det er forbundet med betydelige vansker for individet å endre kosthold og aktivitetsvaner og dermed vekt/KMI. Behandlingsopplegg som baserer seg på veldokumenterte metoder og solid kunnskap om endringsprosesser, har svake resultater (1, 2,3,4,5). Det foreligger god dokumentasjon for at rundt 80 % av deltakerne som har vært gjennom et livsstilsprogram, innen tre år legger på seg igjen like mye som de har gått ned (3,4, 6,7).

Forskning har forsøkt å forklare dette funnet gjennom å beskrive trekk som preger mennesker som ikke klarer å opprettholde vektnedgang. Det pekes på at disse personene har (8,9):

- svake mestringsferdigheter (copingskills) ved stressende hendelser
- vansker med å håndtere indre eller ytre krav
- en unngående mestringsstil, der mat blant annet brukes til å regulere emosjoner,
- større grad av impulsivitet

Videre så har type motivasjon vist seg å ha betydning (10); hvis man domineres av en motivasjon som handler om å unnsnippe ubehagelige konsekvenser av overvekt, f eks frykt for andres fordømmelse, lav selvtillit eller depresjon, så er sannsynligheten for tilbakefall større enn om man domineres av motivasjon som er mer global, verdibasert og som ikke handler direkte om vekt. Forskning (11,12) peker også på at rigide former for spiseatferd kan ha betydning; for eksempel medfører ofte det å følge et kostholdsprogram inntil minste detalj dårligere resultat enn mer fleksibel spiseatferd. Det er ikke utenkelig at livsstilsprogrammene i seg selv kan forsterke eller opprettholde de mekanismene som er nevnt ovenfor, med det resultat at folk går opp i vekt igjen.

Med bakgrunn i dette har man i noen studier prøvd ut en alternativ og utradisjonell metode (8), som markant skiller seg fra de fleste kostholds- og livsstilsprogrammer. Metoden er rent psykososial og prøver å adressere de komponenter som opprettholder en problematisk livsstil. Den omhandler ingen strategier for kosthold, diett eller fysisk aktivitet direkte. Sentrale faktorer i metoden er:

- Normalisering av forholdet til mat. Direkte kontroll av kosthold er ikke i fokus, men man arbeider med å finne tilbake til ens naturlige forhold til spising og mat.
- Jobbing mot det som er meningsfylt her og nå, ut i fra et livsperspektiv. Vektnedgang er ikke et mål i seg selv, og mål defineres med bakgrunn i hva personen ønsker å få ut av livet sitt.
- Jobbing med å øke aksept for egen vekt, for å redusere påvirkningen av vektrelaterte tanker og følelser (reducere stigma)
- Jobbing med å øke psykologisk fleksibilitet, for å underminere rigide, impulsive eller unngåelsesbaserte mestringsstrategier.
- Et klart fokus på å minske påvirkning av vektrelatert stigmatisering, for å hindre unngåelse av sosialt samvær eller andre viktige/verdifulle aktiviteter.

En preliminær studie (8,13) på 84 personer som alle tidligere har gjennomført minst 6 mnd av noen form av overvekts/livsstilsprogram viser lovende resultater etter en kort intervensjon. Deltagerne rapporterer om minsket opplevelse av vektrelatert stigma, økt livskvalitet, bedret psykologisk helse, lavere BMI, økt aksept og økt psykologisk fleksibilitet sammenlignet med venteliste.

Metoden som er beskrevet ovenfor (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) faller inn under terminologien moderne kognitiv atferdsterapi. Den bygger på en ny forståelse av kognisjon og psykologiske prosesser og brukes i forhold til en rekke lidelser med lovende resultater, spesielt innenfor avhengighetsproblematikk og håndtering av langvarig smerte. I vårt arbeid med langvarige smertepasienter har vi opplevd og erfart potensialet i denne metoden.

Med bakgrunn i dette ønsker vi nå å prøve ut denne metoden for personer med overvektsproblematikk. Vi ønsker å ta til oss forskning om hva som hemmer respons for deltakere i de tradisjonelle metodene og prøve ut noe nytt med et annerledes fokus og perspektiv. Vi mener, med bakgrunn i det foregående, at det fins et potensial til å forbedre langtidseffekt og adressere de faktorene som opprettholder problematikken.

Målgruppe: Personer med overvekt < BMI 35 som har vært igjennom tidligere livsstilsprogrammer eller slankeprogrammer uten særlig god effekt. Det skal ikke foreligge store psykiske problemer (alvorlig depresjon, psykotiske tilstander, sterk angst) eller aktuell rusproblematikk der annen type behandling vurderes adekvat. Alder 18-65 år.

Overordnet mål for prosjektet:

- Å utvikle og prøve ut en ny metode i forhold til forebygging av overvekt og fremming av en sunn livsstil.
- Å evaluere metodikken mht effektivitet og kostnadseffektivitet.

Delmål og gjennomføring

MÅLSETTING	TILTAK	TIDSPLAN
Utvikle ny metode	<ul style="list-style-type: none">• Utforme intervensjon og materiell• Prøve ut metoden i samråd med brukere i en pilot• Samarbeide med relevante fagpersoner	Måned 1-6
Forberedelse	<ul style="list-style-type: none">• Dialog med- og informasjon til eksterne aktører, f eks fastleger, kommunenes primærhelsetjeneste og frisklivssentraler• Eksterne aktører henviser personer som er aktuelle til kurset• Gjennomføre screening og vurdering av deltagere	Måned 1-6
Prøve ut metoden og innhente resultater	<ul style="list-style-type: none">• Gjennomføre 5 grupper a 10-20 deltagere.• Intervensjon foregår poliklinisk i 1+1/2 +1/2 dgr. Totalt 12 timers intervensjon.	Måned 6 – 18
Data innsamling	<ul style="list-style-type: none">• Gjennomføre målinger før, etter og ved oppfølging (6 mnd og 12 mnd)	Måned 9-24
Evaluerer prosjektet	<ul style="list-style-type: none">• Analysere data,• Analysere kostnadseffektivitet	Måned 12-18
Formidling av resultat	<ul style="list-style-type: none">• Skrive artikkel	Måned 20-24

Implikasjoner for videreføring

I Samhandlingsreformen legges det opp til en betydelig omlegging av helsetjenestene, blant annet med desentralisering av behandling og økt vekt på helseforebyggende arbeid. Sett i lys av Samhandlingsreformen, St. meld nr. 47 (2008-2009), forslaget til ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov, Helse- og omsorgsplan (2011-2015), samt Veileder for kommunale frisklivssentraler (på høring), kan det se ut til at frisklivssentralene kan bli sentrale for å styrke kommunenes forebyggende helsetjenester og individ- og grupperettet folkehelsearbeid. I Oppland er det etablert frisklivssentraler i 20 kommuner. Videre skal lærings- og mestringssentrene arbeide for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Dersom evalueringen av prosjektet viser at metodikken vi vil prøve ut bidrar til at flere kan opprettholde langvarig endring, har vi som intensjon å formidle kunnskap i nærregionen, blant annet gjennom å initiere samarbeid med disse instansene.

Organisering og styring:

Prosjektleder: Jan Lenndin, Psykolog. Overordnet faglig og økonomisk ansvar. Overordnet ansvar for videreføring av prosjekt.

Behandlingsteam: 2 psykologer, 1 lege. Ansvar for screening, behandling og kontinuerlig evaluering av prosess og samhandling.

Økonomistyring: Thomas Rønningen, økonomisjef. Kontroll av resursbruk

Det er per i dag ikke helt klart hvordan styringsgruppe og referansegruppe skal se ut. Dette må organiseres ved eventuell oppstart. Vi vil dog betone at vi er bevisst på nødvendigheten å ha eksterne representanter. Her er det naturlig å involvere representanter for f.eks. primærhelsetjenesten i nærliggende kommuner, regionansvarlig for frisklivssentralene i Oppland, brukerrepresentant og brukerorganisasjoner. Videre kan fastlegene være en viktig resurs.

Referanser

1. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Utredning, forebygging og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Helsedirektoratet, 2011.
2. Stern JS, Hirsch J, Blair SN, Foreyt JP, Frank A, Kumanyika SK et al. Weighing the options: criteria for evaluating weight-management programs. The committee to develop criteria for evaluating the outcomes of approaches to prevent and treat obesity. *Obes Res* 1995; 3: 591–604.
3. Douketis JD, Feightner JW, Attia J, Feldman WF. Review: most obesity treatment methods are ineffective over the long term. *ACP J Club* 1999; July/Aug: 20.
4. Crawford D, Jeffery RW, French SA. Can anyone successfully control their weight? Findings of a three year community-based study of men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24:1107–1110.
5. Drøyvold, B, W. Doctoral thesis at NTNU. Epidemiological studies on weight change and health in a large population. The Nord Trøndelag Health Study (HUNT). NTNU, Trondheim. 2005.
6. Wilson GT, Brownell KD. Behavioral treatment for obesity. In: Fairburn CG, Brownell KD, eds. *Eating Disorders and Obesity*. New York: Guilford Press; 2002.
7. Anderson JW, Vichitbandra S, Qian W, Kryscio RJ. Long-term weight maintenance after an intensive weight-loss program. *J Am Coll Nutr*. 1999; 18: 620–627.
8. Lillis, J et al. Teaching acceptance and mindfulness to improve lives of the obese: a Preliminary test of a theoretical model. *Ann of behav. Med.* 2009;37:58-69.
9. Avenell A, Brown TJ, McGee MA, et al. What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *J. Hum. Nutr. Diet.* 2004; 17: 317–335

10. Ogden, J. (2000). The correlates of long-term weight loss: a group comparison study of obesity. *International Journal of Obesity*, 24(8), 1018-1025.
11. Westenhoefer, J. Dietary Restraint and Disinhibition - Is Restraint a Homogeneous Construct. *Appetite*, 1991 16(1), 45-55.
12. Westenhoefer, J., Stunkard, A. J., & Pudel, V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 1999.26(1), 53-64.
13. Lillis, J. Doctoral dissertation. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Obesity-related Stigma and Weight Control. Univ. Of Nevada. 2007