

SLUTTRAPPORT

Prosjektets tittel: Et utviklingsprosjekt av ny metode for forebygging av overvekt og fedme



Prosjektet er gjennomført ved Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS i perioden januar 2012 – desember 2013, med støtte av Helsedirektoratet.

Intern arbeidstittel: SkoVekt.

Prosjektleder: Psykolog Iver Sørli Røhr

Innhold

Innledning.....	3
Bakgrunn	3
Prosjektets hensikt og målsetninger	4
Faglig bakgrunn og utgangspunkt - Acceptance and Commitment Therapy	5
ACT for overvekt.....	5
Faser i prosjektet.....	6
Utviklingsfasen	6
Screeningfase	7
Gjennomføringsfase	7
Oppfølgings og evalueringsfase.....	8
Tabell 1: Selvrapporterings skjemaer	8
Resultater	9
Om utvalget.....	9
Effekt mål	9
Kommentar til effekt	9
Deltagernes tilbakemeldinger om kurset.....	10
Regnskap	11
2012.....	11
2013.....	11
Vurdering av gjennomføring	11
Litteratur.....	13
Vedlegg 1 – behandlingsprotokoll.....	15

Innledning

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS har i løpet av årene 2012-2013 gjennomført et overvektsprosjekt, med støtte av Helsedirektoratet. Hensikten med prosjektet var å prøve ut en ny metode (ACT – Acceptance and Commitment Therapy) for forebygging av overvekt og fremming av en sunn livsstil, samt å evaluere metodikken med henblikk på effektivitet og kostnadseffektivitet. Prosjektmidlene kom fra tilskuddsordningen Omstilling av private opptrenings- og rehabiliteringsfunksjoner, som det var satt av spesifikke midler på i statsbudsjettet.

Prosjektet fikk under veis et noe mindre omfang enn planlagt, på grunn av at det ikke ble satt av midler på den nevnte tilskuddsordningen for 2013. Hoveddelen har likevel blitt gjennomført som planlagt, gjennom at Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter har egenfinansiert avslutningen av prosjektet i 2013.

I det følgende vil vi beskrive bakgrunnen for prosjektet, metodikken, gjennomføringen og resultatene.

Bakgrunn

Overvekt og fedme er et økende problem i Norge og internasjonalt. Livsstilsrelaterte sykdommer øker i forekomst, og 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 et 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 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 BMI < 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 BMI under 35 er

imidlertid tilgangen til hjelp begrenset. I HSØ-regionen finnes det for eksempel fire Lærings og mestringsentre, 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/BMI. 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
- lav livskvalitet
- en sterk opplevelse av stigma, både fra omverdenen og fra seg selv.

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 peker også på at rigide former for spiseatferd kan ha betydning (11,12); 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, 13, 14), som markant skiller seg fra de fleste kostholds- og livsstilsprogrammer. Metoden kalles Acceptance and Commitment Therapy (ACT – uttalt i ett ord).

I vårt arbeid med langvarige smertepasienter har vi gjennom flere år opplevd og erfart potensialet i denne metoden. Med bakgrunn i dette ønsket vi også å prøve ut ACT for personer med overvektsproblematikk. Vi ønsket 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. Håpet var å kunne se om det fantes et potensial til å forbedre langtids effekt og adressere de faktorene som opprettholder overvektsproblematikken.

Prosjektets hensikt og målsetninger

Målet med det aktuelle prosjektet har vært å innhente kunnskap om ACT for overvekt, å utarbeide metodemateriell, prøve ut metoden og analysere resultatene.

De overordnede målene for prosjektet, slik det var beskrevet i prosjektsøknaden, var:

1. Å utvikle og prøve ut ACT i forhold til forebygging av overvekt og fremming av en sunn livsstil.
2. Å evaluere metodikken mht. effektivitet og kostnadseffektivitet.

Faglig bakgrunn og utgangspunkt - Acceptance and Commitment Therapy

ACT (15), er en tredjegenasjons kognitiv atferdsterapi som har akseptstrategier, mindfulness og verdirettede handlinger som sentrale metodiske trekk. Til forskjell fra mange psykologiske behandlingsformer har ikke ACT kontroll av følelser, tanker eller kroppslige opplevelser som sitt primære mål. Fokuset er i stedet på å hjelpe pasientene i å utvikle effektive atferdsmønstre i forhold til det de opplever som viktig. Målet er å leve bedre, ikke å føle seg bedre.

ACT har tradisjonelt vært brukt i behandling av ulike psykiske lidelser, i mange tilfeller med gode resultater (16, 17). Også i behandling av somatiske lidelser har ACT vist seg å være effektivt. Spesielt gjelder dette langvarige eller kroniske lidelser, for eksempel smerter (18). ACTs eksplisitte fokus på å øke aksept for opplevelser pasienten ikke har kontroll på, gjør metoden spesielt egnet til for å behandle langvarige eller kroniske lidelser, slik som smerte, diabetes og epilepsi. Av denne grunnen er det også nærliggende å utvikle ACT-programmer rettet mot overvektspasienter; mange som sliter med vektrelaterte forhold har hatt disse problemene i store deler av livet, og behandlingsresultatene for denne gruppen er som nevnt jevnt over dårlige.

ACT for overvekt

Flere aktører har utviklet overvektsprogrammer basert på ACT. I en preliminær studie på 84 personer, som alle tidligere har gjennomført minst 6 mnd av noen form av overvekts/livsstilsprogram, viser Lillis et al. (8, 13) 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. Weinland (14) har vurdert effekten av ACT for pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi, og antyder at metoden kan ha effekt ved å bedre spiseforstyrrelsesatferd og holdninger, tilfredshet med egen kropp og livskvalitet. Videre har Tapper et al. (19) gjennomført en korttidsintervensjon med 62 kvinner, hvor resultatene vitner om økt aktivitetsnivå og lavere BMI. Det foreligger imidlertid ingen oppsummerende forskning på bruken av ACT i overvektsprogrammer, og det er fortsatt behov for omfattende forskning før man kan konkludere med om ACT-intervensjoner for overvektspasienter har effekt eller ikke.

Vårt prosjekt har av ovenfor nevnte grunner hatt preg av et utviklingsprosjekt, hvor målet har vært å gjøre oss kjent med metoden. Vi har basert oss dels på den generelle litteraturen om ACT, dels på tidligere behandlingsprogrammer rettet mot overvektspasienter og dels på

våre egne erfaringer med ACT innen rehabilitering. Vi har valgt et behandlingsopplegg som adresserer de komponenter som opprettholder en problematisk livsstil. Opplegget omhandler ingen strategier for kosthold, diett eller fysisk aktivitet direkte. Sentrale faktorer i ACT for overvekt er:

- Jobbing mot å realisere verdier, det vil si det som er meningsfylt her og nå eller i 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 psykologisk fleksibilitet, dvs evnen til å kontakte øyeblikket mer fullstendig som et bevisst menneske, og å øke eller stå fast ved atferd som tjener verdsette mål (15). Hensikten med dette er å underminere rigide, impulsive eller unngåelsesbaserte mestringsstrategier, ikke bare å bli kvitt patologi.
- Jobbing med å øke aksept for egen vekt, for å redusere påvirkningen av vektrelaterte tanker og følelser (redusere stigma)
- Et klart fokus på å minske påvirkning av vektrelatert stigmatisering, for å hindre unngåelse av sosialt samvær eller andre viktige/verdifulle aktiviteter.
- 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.

Faser i prosjektet

To psykologer, en ernæringsfysiolog og en fysioterapeut har vært tilknyttet prosjektet.

Prosjektet har hatt tre hovedfaser:

- Utviklingsfase (april 2012 – mai 2013)
- Screeningfase (august – november 2012)
- Gjennomføring (oktober 2012 – mai 2013)
- Oppfølging og evaluering (mai – desember 2013)

Noen av fasene har gått over i hverandre. For eksempel har vi jobbet kontinuerlig med utvikling gjennom hele prosjektet.

I det følgende vil vi beskrive hva vi har gjort i de ulike fasene.

Utviklingsfasen

Utviklingsfasen har som nevnt vart i litt over ett år, fra april 2012 – mai 2013. En del av utviklingsarbeidet har innebåret at vi har satt oss inn i metodikken, spesifikt spisset inn mot overvekt. Vi har blant oppdatert oss faglig gjennom litteratur/artikler, diskutert, vært på to kurs og har hatt informasjonsutveksling med andre som driver med ACT for overvekt. En annen del av utviklingsarbeidet har vært rettet mot den praktiske gjennomføringen. Her har vi jobbet med å lage:

- kjøreplan for screening, inklusjon, behandling og oppfølging
- informasjonsmateriell
- screeningmateriell, bl.a. oversettelse av en test
- behandlingsmanual
- skriftlig behandlingsmateriell

Vi har gjennom hele prosessen arbeidet kontinuerlig med å utvikle og videreutvikle behandlingsmanualen og det skriftlige materialet. Vi har blant annet evaluert hver gruppe under veis og i etterkant og endret på manualen i henhold til resultatene av evalueringen. Skogli har ansatt en klinisk ernæringsfysiolog, som var med som bisitter i en av gruppene og kom med tilbakemeldinger etterpå.

Screeningfase

Målgruppen for prosjektet har vært personer med alvorlig overvekt, BMI ≥ 35 , som har vært gjennom tidligere livsstilsprogrammer eller slankeprogrammer uten særlig god effekt. Det skulle ikke foreligge store psykiske problemer (alvorlig depresjon, psykotiske tilstander, sterk angst) eller aktuell rusproblematikk, der annen type behandling vurderes adekvat. Alder 18-65 år.

For å få tak i interesserte deltagere ble det annonsert i lokale medier, på Skoglis hjemmeside og Facebookside. Frisklivssentralene i Oppland og Hedmark ble informert, og lokalavisa GD laget en sak om prosjektet. I alt 38 personer meldte sin interesse for prosjektet via mail eller telefon, og de fleste av disse oppga at de hadde fått vite om prosjektet gjennom avisannonsen. Tre personer ble ekskludert på grunnlag av henvendelsen, enten fordi de ikke var innenfor prosjektets målgruppe, eller fordi de ikke var interessert etter en kort telefonsamtale. Tre andre fulgte ikke opp kontakten og ble ekskludert pga det. Resten ble tatt inn til en screeningsamtale.

Screeningsamtalene ble gjennomført av psykolog og varte ca en time. Vi var i samtalen ute etter å undersøke om pasienten var i målgruppa, samt om de var motivert til å bli med på prosjektet. Av de 32 som ble screenet ble 9 ekskludert pga at de ikke var i målgruppa. Resten ble inkludert, men 2 personer falt av før vi kom frem med gruppe. Vi sto da igjen med 21 personer. Av disse gjennomførte 16 hele kurset; fire falt av pga sykdom og en uteble den siste dagen.

Gjennomføringsfase

Deltagerne ble delt inn i fire ulike grupper, og det ble i løpet av høsten og våren 2012/2013 gjennomført kurs for alle. Kurset ble gjennomført over tre hele dager. Vi hadde først to kursdager i løpet av en uke, så var det et opphold på tre måneder, før siste kursdag ble avholdt. I perioden mellom andre og tredje kursdag jobbet deltagerne med individuelt tilpassede og verdibaserte hjemmeoppgaver, som for eksempel kunne være igangsetting av en bestemt aktivitet eller å øve seg på noe.

Deltagelse på kruset var gratis, bortsett for at de betalte for lunsj og egne transportkostnader.

Oppfølgings og evalueringsfase

På siste kursdag ble alle grupper evaluert muntlig.

Videre ble alle deltagerne fulgt opp med ulike selvrapporterings skjema under screeningsamtalen (T0), før første prosjektdag (T1), etter siste prosjektdag (T2) og fire måneder etter siste prosjektdag (T3). Hensikten med å bruke disse skjemaene var i første omgang å avdekke alvorlig psykisk lidelse og underlette screeningen (se Screeningfasen ovenfor). Deretter var hensikten å måle endring som vi kunne tilskrive deltagelsen i prosjektet. Det ble ikke samlet inn data fra kontrollgruppe. Grunnen til dette var at prosjektet ikke var et rent forskningsprosjekt; fagutvikling og utprøving av metode var hensikten med prosjektet og strenge statistiske rutiner var dermed ikke indikert. Ved senere utprøving av metoden kan det bli aktuelt med måling med høyere grad av statistisk kontroll.

Skjemaene vi brukte var delvis velutprøvde, normerte spørreskjemaer, og delvis egenproduserte eller mindre kjente. Oversikt over skjemaene finner du i tabell 1. I tillegg til dette undersøkte vi arbeidsstilling, grad av sykmelding og vekt.

Tabell 1: Selvrapporterings skjemaer	
Livskvalitet	Egenprodusert skala fra 0-100, hvor 0 betyr <i>Ingen livskvalitet</i> og 100 betyr <i>Perfekt livskvalitet</i> . Ikke validert.
Acceptance and Action Questionnaire for vektrelaterte vansker (AAQ-W)	Måler unngåelse og psykologisk fleksibilitet relatert til vekt. Oversatt fra svensk og engelsk av oss. Den norske versjonen er ikke validert.
Bergen Insomnia Scales (BIS)	Norsk spørreskjema om søvnevansker. Validert.
Hospital Anxiety and Depression Scales (HAD)	Spørreskjema om angst og depresjon, beregnet på pasienter med somatiske lidelser. Validert. Det regnes ut to delskårer (HAD-A = angst, HAD-D = depresjon, HAD-Tot = totalskåre)
Outcome Rating Scale (ORS)	Validert skjema hvor pasienten gir en vurdering av hvordan han/hun har det gjennom å sette en strek på en 10 cm lang linje. ORS undersøker fire områder (personlig, mellommenneskelig, sosialt, generelt).
Spørsmål om fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og egenomsorg	Tre skjemaer utviklet av Skogli. Undersøker på en likertskala (1-5) hvor viktig det er for personer å drive med fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og egenomsorg, samt i hvilken grad (1-5) personen faktisk driver med disse tingene.

Trening	Spørsmål om hvor ofte personen trener. Skala: sjeldnere enn hver uke, en g/uke, 2-3 ggr/uke, 4 ggr. eller mer pr uke
Hverdagstrim	Spørsmål om hvor ofte personen driver med fysisk aktivitet annen enn trening. Skala: sjeldnere enn hver uke, en g/uke, 2-3 ggr/uke, 4 ggr. eller mer pr uke.

Av de 16 som var med i prosjektet sendte 15 tilbake spørreskjemaer etter 4 måneder.

Resultater

Om utvalget

Av de 15 som sendte inn spørreskjemaene var 3 menn, resten kvinner. De var mellom 32 og 57 år, gjennomsnittsalder 45,8. En var separert, fem var enslige mens resten var gift. 70 % hadde barn (mellom 1 og 4 stk), og halvparten hadde barn som bodde hjemme. En av deltagerne var ufør og resten hadde jobb, 32,5 % fulltid).

Effektmål

Av de 20 målene/delmålene vi undersøkte så vi statistisk signifikante bedringer fra T0 til T3 på fem mål: Livskvalitet ($p=0,009$), AAQ-W ($p=0,002$), HAD-D ($p=0,009$), HAD-Tot ($p=0,035$) og Hverdagstrim ($p=0,014$). Prosentvis endring og effektstørrelsene (ES - Cohens d) var som følger: Livskvalitet 12 % endring, ES 0,46 (liten); AAQ-W 12 % endring, ES 0,83 (stor); HAD-D 25 % endring, ES 0,42 (liten); HAD-Tot 18 % endring, ES 0,36 (liten) og Hverdagstrim 28 % endring, ES 0,60 (medium). Det var en nesten signifikant bedring av muligheten for fritidsaktivitet, fysisk aktivitet og egenomsorg.

Kommentar til effekt

Dataanalysene viser at spesielt psykologisk fleksibilitet (AAQ-W) ble bedret, noe som var ett av hovedmålene med intervensjonen. Hensikten med å jobbe med psykologisk fleksibilitet (PF) er en antagelse om at høy PF fremmer verdibasert atferd i nærvær av psykologisk vanskelige opplevelser (tanker og følelser). Mange overvektige har negative tanker og følelser rundt egen kropp og atferd, i tillegg til at de opplever og stigmatisering fra andre. Det var et tilbakevendende tema i gruppene at det var vanlig å respondere på dette stigmaet med ulike former for sosial tilbaketrekning. Denne unngåelsen førte på kort sikt til at vanskelige tanker og følelser ble dempet, eller at de ikke fikk negative kommentarer fra andre. På lengre sikt førte imidlertid tilbaketrekningen til sosial isolasjon og dårligere livskvalitet, noe som igjen øket forekomsten av negative tanker og følelser. I vårt prosjekt har det vært et uttalt mål å hjelpe deltagerne med å komme seg ut av slike vonde sirkler, gjennom å minske troen på egne stigmatiserende tanker/følelser, samt gjennom å agere

mindre unngåelsesbasert og mer verdibasert. Dette tror vi vil øke livskvalitet, og som en bieffekt vil det også senke forekomsten av negative tanker og følelser. Wicksell (2013) viser hvordan endringer i PF kan gjøre at det blir lettere å gjøre andre ønskede endringer, og slik sett er resultatet i vårt prosjekt positivt.

De små men signifikante endringene i livskvalitet, depresjon og angst/depresjon kom til tross for at det var få personer med i undersøkelsen (n=15). Disse endringene kom også til tross for at vekt gjennomsnittlig sett ikke endret seg. Blant gruppedeltagerne kom det flere ganger fram tanker om at de var deprimert eller hadde dårlig livskvalitet *fordi* de var overvektige, men funnet ovenfor kan tyde på at sammenhengen mellom overvekt og depresjon/angst/livskvalitet ikke er så stor som mange antok. Kanskje er det andre forhold som kan påvirke disse forholdene i større grad enn vekt. Vår antagelse er at økningen i PF kan ha bidratt til denne endringen, og/eller at økt aktivitetsnivå i hverdagen (hverdagstrim) kan ha bidratt positivt.

Gjennomsnittlig så vi som nevnt ingen endring i vekt/BMI. I andre undersøkelser har imidlertid også vekt/BMI gått ned (Lillis 2009; Tapper et al 2008). I disse undersøkelsene har vektendring vært mer i fokus enn i vårt prosjekt, noe som kan forklare forskjellen. En nedtoning av direkte vektrelaterte intervensjoner var noe vi bevisst valgte. Deltagerne våre hadde alle prøvd en rekke slankekurer, noen gjennom et helt liv, uten at dette hadde hjulpet. Vi ønsket å se om det gikk an å få til en endring i livskvalitet etc uten å adressere vekt. Vi uttalte eksplisitt dette overfor pasientene og sa at en eventuell vektnedgang eventuelt kunne komme som en sekundær gevinst. Vi fant som nevnt tidligere en endring i livskvalitet, tross gjennomsnittlig stabil vekt.

Vi så ingen endringer i arbeidsforhold, søvn og trening, ingen endring i viktigheten av fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og egenomsorg, og kun en liten og ikke-signifikant bedring av fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og egenomsorg.

Selv om vi i denne undersøkelsen fant signifikante endringer på noen områder, og effektstørrelsene til dels var tilfredsstillende, må vi være forsiktige med å konkludere om betydningen av endringen eller hva som forårsaket dem. Metodisk sett har vår undersøkelse for lav kvalitet til det. Målene på PF er det for eksempel knyttet stor usikkerhet til da spørreskjemaet vi brukte ikke er validert. Våre resultater sammenfaller imidlertid med andre undersøkelser (Hayes et al 2006). som viser at ACT kan ha positivt effekt over et bredt spekter av lidelser.

Deltagernes tilbakemeldinger om kurset

Etter hver gruppe ble det som nevnt gjort en muntlig tilbakemelding om gjennomføringen og nytteeffekten av kurset, samt forslag til forbedringer. Tilbakemeldingene vi fikk var generelt sett gode. De opplevde jevnt over at informasjonen de hadde fått på forhånd var bra nok, og at den praktiske gjennomføringen gikk greit. Mange av deltagerne opplevde at de hadde hatt godt utbytte av tilbudet; hva de opplevde som nyttig varierte, men fokuset på livskvalitet fremfor vekt ble trukket

frem som viktig, sammen med enkelte øvelser/intervensjoner. Det å møte andre i liknende situasjon ble også vurdert som svært betydningsfullt.

Vi fikk noen forslag til forbedring. Flere ønsket seg en noe lengre intervensjon, for eksempel at vi hadde en oppfølgingsdag til etter noen måneder, eventuelt oppfølging pr telefon; flere tok til orde for at dette kunne bidratt til at de holdt motivasjonen oppe lengre, at de fikk noe å strekke seg etter. Videre ønsket noen at vi kunne vært ennå tydeligere på at det ikke var et slankekurs og at fokuset vårt ikke var på vektnedgang.

Regnskap

Regnskap for både 2012 og 2013 er gjennomgått av vår revisor uten anmerkninger.

2012

Støtte fra Helsedir.	Kr	164.911
Lønnsutgifter	Kr	139.536
Reiseutgifter	Kr	17.321
Annet	Kr	5.054
Totalt	Kr	164.911

2013

I 2013 mottok vi ikke støtte fra Helsedirektoratet, og prosjektet ble sluttført med egne midler.

Lønnsutgifter	Kr	92.718
Reiseutgifter	Kr	7.648
Annet	Kr	150
Totalt	Kr	100.516

Vurdering av gjennomføring

Målet for prosjektet var som nevnt innledningsvis:

1. Å utvikle og prøve ut ACT i forhold til forebygging av overvekt og fremming av en sunn livsstil.
2. Å evaluere metodikken mht. effektivitet og kostnadseffektivitet.

I løpet av 2012 og 2013 har vi lagt ned et betydelig arbeid i å utvikle vår kunnskap om ACT for overvekt. Vi har lært mye av å gjennomføre til dels omfattende arbeid innen planlegging,

gjennomføring og evaluering av intervensjonen. Vi har opplevd at pasientene våre har gitt gode tilbakemeldinger omkring nytteverdien av å delta, og vi har sett at prosjektet til dels har hatt effekt, om enn ikke så stor som vi kanskje hadde håpet på.

Vi har fra tidligere gjennomførte prosjekter erfart at det vi har lært har hatt stor effekt i etterkant av at prosjektet har blitt avsluttet. Blant annet førte prosjektet SkoKomp, som pågikk fra 2008-2010 og brukte ACT i behandling av smertetilstander, til at Skogli i årene etter endret smerteprogrammet i betydelig grad, i tråd med det vi lærte i prosjektet. Vi håper at også dette prosjektet skal ha tilsvarende effekt for Skoglis forståelse og behandling av ulike tilstander innenfor rehabiliteringsfeltet. Prosjektet ble som nevnt noe amputert på grunn av stopp i prosjektmidler for 2013. Det var viktigst for oss å avrunde behandlings og evalueringsdelen av prosjektet, og arbeid med videreføring, skriving av artikkel og vurdere kostnadseffektivitet har derfor ikke blitt en del av det vi har gjort i 2013.

Litteratur

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
14. Weineland, S. 2012. A Contextual Behavioral Approach for Obesity Surgery Patients. *Acta Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 84. 1,3 pp. Uppsala. ISBN 978-91-554-5824-5.
15. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
16. Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. *Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety: A Systematic Review*. *Clin Psychol Rev*. 2019; Dec;33(8):965-78
17. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W. Masuda, A. & Lillis, J. *Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes*. *Behav Res Ther* 2006; Jan; 44(1): 1-25

18. Wicksell, R.K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M., Olsson, G.L. *Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial*. *Eur J Pain* 2013; Apr;17(4):599-611
19. Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A.J., Bond, F.W., & Moore, L., Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness based weight loss intervention for women, *Appetite* (2008), doi:10.1016/j.appet.2008.11.012

Vedlegg 1 – behandlingsprotokoll

Dag 1	Mål	Nøkkeløvelser/intervensjon/metafor	Formål / hvorfor gjør vi dette
INtro	Kjent med rammene	Rammer etc – se eget ark	Klart for deltagerne hva som skal skje Vet hva de går inn i
Bli kjent-øvelser	Bli bedre kjent Alle skal si noe	Fortell litt om deg selv (alder, interesser, sosialt etc) Hvorfor har du blitt med Din erfaring med å leve med overvekt.	Bli kjent Trygghetsskapende
Kr. håpløshet	Vurdere: fungerer det jeg gjør? Anerkjenne innsatsen Normalisere	Hvor gammelt er problemet Hva er problemet: kakemetafor, hvor vekt er bare en del av problemet Hva har du prøvd. Korttidseffekt/langtid. Kostnader Kvikksandmetafor	Beredde grunnen for å gjøre noe annet enn det vanlige Perspektivskifte
Linjen	Introdusere linjen.	Wicksells linje Koble inn verdier som motivasjon for å gå ned i vekt. Hvis overvekt ikke var et problem, hva ville du lagt vekt på i livet ditt?	Diskriminere mellom kontrollmodus og verdimodus. Det er ikke bare vekten som er problemet, men det er manglende verdiopptakelse som er problemet.
Lunsj			
Verdier	Bli kjent med egne verdier Begynne å koble kurset opp mot verdier Defusjon	Hva er eksempler på verdier? Hva er eksempler på verdihandlinger. Hva vil du stå for? Gravsteinsmetafor Bussetmetafor. Finnes det vektrelaterte passasjerer?	Klargjøring av hva verdier er, og hvorfor det er viktig å snakke om dette. Begynne defusjonsprosess Identifisere ting som kommer i veien.
Lekse	Ytterligere tydeliggjøre verdier	Hva er viktig; hvor viktig, i hvilken grad gjør du verdien Se etter busspassasjerer som preger deg i hverdagen.	Klargjøring av verdier. Se etter barrierer
Dag 2	Mål	Nøkkeløvelser/intervensjon/metafor	Formål / hvorfor gjør vi dette
Oppsummering av gårsdagen			Åpne opp for spørsmål/tilbakemeldinger. Sjekke hva de tenker så langt.
Gå gjennom lekse			Ta opp spørsmål, klargjøre ytterligere.
Tanker	Bli kjent med hvordan tanker fungerer for å evt gi opp u hensiktsmessig kontrollagenda.	Kvadranten – hva har du kontroll over? Sitronøvelse 1-2-3 Isbjørn Bli forelsket	Gi opp u hensiktsmessige kontrollstrategier, f.eks matrelaterte (følelssespising) For å tydeliggjøre at negative følelser/tanker er normale og ikke mulige å unngå (eks gjennom slanking)
Defusjon/	Hjelpe til med	Verdens peneste penn.	Skille mellom observasjon og

distansering søvelser	frikobling av tanke/handling	Og/men Jeg er håpløs Merkelapper m. hemmelighet.	vurdering Øve på å se på tanker som tanker, ikke som virkelighet.
Oppmerkso mt nærvær	Utvikle egenopplevelse frigjort fra det konkrete tankemessige/f ølelsesmessige innholdet Kontakt med øyeblikket	Forklare rasjonale. Oppmerksomhet på pusten, kroppsdeler, lyder etc. <i>Oppmerksom lunsj</i>	Hjelpe til med defusjon og aksept
Lunsj			
Aksept/villig het	Å øke villighet til å oppleve, som et alternativ til kontroll	Hold pusten Pusteøvelse med delt oppmerksomhet	Øke toleranse for negative opplevelser, som et alternativ til unngåelsesbaserte kontrolltiltak
Forpliktelse	Tydeliggjøre hvorfor forpliktelse er viktig Identifisere verdirelaterte mål	To pakker	For å hjelpe individet med å nå sine mål Øke villighet til å holde på sine mål
Lekse	Identifisere mål/arbeid for de tre neste månedene	Tremånedersplan Er du villig?	
DAG 3	Mål	Nøkkelopvelser/intervensjon/metafor	Formål / hvorfor gjør vi dette
Intro	Oppsummere, hva har de lært, ta opp tema, veien videre.	Ønske velkommen Presentere dagsprogrammet	
	1) Hvordan har det gått? 2) Har det de lærte vært nyttig? 3) Er det noe de ønsker å ta opp? 4) Hva er planen fremover?	Gå gjennom månedene Måloppnåelse – bulls eye Fornøyd med egen innsats Forbedringspunkter	Lære av erfaring Mulighet for diskusjon av erfaring Gjenta tema eller intervensjoner, evt nye tema
		Matrisen Diskriminere bort/mot	
Avslutning		Evaluerings av kurset	