

Atferdsendring i allmennpraksis

■ MORTEN DAG NILSEN *fastlege i Moss*

Jeg er en stor tilhenger av personlig frihet, og jeg liker ikke at andre skal fortelle meg hvordan jeg skal leve livet mitt. Dette er tanker jeg deler med de fleste mennesker. Ingen av oss ville ønske seg en verden hvor alle er like, og hvor helsetyranniet erstatter andre totalitære regimer.

Det er viktig å ta med seg når vi gir råd til våre pasienter, spesielt fordi rådene har en tendens til å endre seg med noen få års mellomrom – det som er riktig i dag er kanskje helt galt om fem år.

Men noe vet vi. Vi vet at røyking er helse-skadelig, og vi vet også at betydelig overvekt øker risikoen for å utvikle diabetes og hjertekarsykdommer. I jobben min som fastlege treffer jeg mennesker som er avhengig av å endre livsstil for å få det bedre. Vi snakker ikke her om kosmetiske forandringer, men om alvorlige sykdommer som KOLS og diabetes. Ofte er det, bokstavelig talt, livsviktig med en forandring. Det de selv kan gjøre vil hjelpe dem uendelig mye mer enn det både legemiddelindustrien og jeg vil kunne klare.

I årevis har jeg prøvd å få pasienter til å endre livsstil. Jeg har forsøkt forskjellige teknikker; de har fått snakke fritt - i hvert fall til en viss grad, de har kunnet reflektere over problemet og har selv trukket konklusjoner. Jeg har vært forståelsesfull, alvorlig, empatisk - et forslikt begrep, lyttende, formanende og autoritær. Jeg har også benyttet skremelspropaganda og har distribuert brosjyrer fra diverse direktorater, institusjoner og firmaer. Dette har ikke ført til endring.

Nå er det selvsagt nærliggende å tenke at manglende endring kan ha noe med meg personlig å gjøre. I samtale med andre leger som jobber i allmennpraksis, har jeg imidlertid fått høre mye av det samme, og vi kan være enige om at det å få andre til å endre adferd er ikke lett! Er det så mulig å få det til? Av og til kan det være klokt å sette seg ned og tenke litt igjennom det man driver med, og det har jeg prøvd å gjøre.

Tar opp problemet

Jeg er ikke redd for å snakke om overvekt med pasientene mine. Hvis det gjøres på en respektfull måte vil de fleste sette pris på at jeg viser interesse og ønsker å hjelpe dem.

Ofte er overvekten knyttet til et medisinsk problem. Overvekten kan imidlertid også være en sterkt medvirkende årsak til pasien-

tens sykdom eller symptomer, noe som gjør en slik tilnærming naturlig.

Når vi har begynt å snakke om problemet, og er blitt enige om at vi sammen skal forsøke å finne en måte å løse det på, trenger jeg noen redskaper - eller knep.

Hvordan går man frem?

KONKRET. Du må være konkret. Muntlige råd om å spise ofte og lite hjelper ikke.

PERSONLIG. Det nytter ikke å dytte brosjyrer, som er produsert i tusenvis av eksemplarer, i hånden på en pasient og tro at de blir lest eller at rådene blir fulgt. Det du sender med pasienten, må gjelde henne eller ham personlig.

FORPLIKTENDE. Det må ikke settes absolutte krav, men både pasienten og du må være enige om å treffes igjen, og at dere skal bruke tid til å løse dette sammen.

Informasjonen må være både skriftlig og muntlig.

Hva gjør jeg?

Når vi er enige om å forsøke å gjøre noe med vektproblemet, veier jeg pasienten. Deretter skriver jeg ut et kostholdsprogram som pasienten skal følge i fire uker. Programmet ligger under brevmaler i mitt datasystem, og når jeg printer det ut, står pasientens navn øverst, og jeg skriver under. Dette er svært viktig, for det viser at det gjelder denne spesielle pasienten, og at legen skriver under på en slags kontrakt om å forsøke å hjelpe.

Vi går igjennom programmet sammen slik at eventuelle uklarheter, matallergier og lignende kan kartlegges og besvares. Bruk av medikamenter og eventuelle endringer behandles selvsagt også. Pasienten får en ny time om fire uker mens hun/han er på kontoret hos oss. Ved neste kontroll veier jeg pasienten igjen. Vi diskuterer hvordan det har vært å leve på denne måten, og at det er bra at den første fasen endelig er over! Deretter introduserer jeg et nytt program som de fleste kan følge videre. Det settes så opp en ny time om fire til åtte uker, avhengig av grad av overvekt og behandlingsmål.

Disse pasientene bør følges regelmessig i minst ett år. Intervallene mellom kontrollene kan variere, men bør ikke overskride to til tre måneder. Underveis er det naturlig å endre på kostholdsplanene avhengig av pasientens

preferanser når det gjelder mat, og de resultater som oppnås.

Jeg har interessert meg for ernæring i mange år og har brukt min kunnskap og erfaring til å sette opp programmene. I kostholdsplan nummer én, har jeg unngått karbohydrater og fett i stor grad. Dette gjør at de fleste går ned relativt mye på kort tid, noe som er viktig for motivasjonen. Den første planen er ikke ment å skulle følges lenger enn fire til fem uker. Plan nummer to gir et mye mer variert kosthold og kan benyttes over lengre tid, men den kan – og bør – selvsagt også varieres. En plan som er ment å vare, bør inneholde mye grønnsaker, komplekse karbohydrater, for eksempel havregryn, magre melkeprodukter, frukt, nøtter, egg, fisk og bare litt kjøtt.

En pasienthistorie

Denne pasienten har jeg fulgt tett siden 2008. Nå har det gått to år, og jeg synes resultatet er godt, til tross for at vekten fluktuerte noe.

MANN, 58 ÅR. Han har i mange år hatt hypertoni og har gjennomgått et hjerteinfarkt. Han startet på «kostprogram nr. 1» 21.05.2008. Vekten var da 106 kg. Da han kom tilbake, 18.06.2008, veide han 98,5 kg. Han skiftet deretter til «kostprogram nr. 2». Neste kontroll var 15.07.08, og han veide 97 kg. Han gikk daglig med og uten staver, og tempoet økte etter hvert. Vekten ved de neste kontrollene var som følger; 28.08.2008: 94 kg og 02.12.2008: 93 kg. Vekt 2 år senere, 03.12.2010: 96 kg. Han har sluttet med ett BT-medikament og har ikke vært i så god form på mange år. Fortsetter med en tilpasset variant av «kostholdsplan nr. 2». Målet er nå å stabilisere vekten.

Avslutning

Jeg har ofte sittet igjen med en følelse av at det jeg har gjort ikke har spilt noen vesentlig rolle for mine pasienter. Derfor har det vært ekstra oppløftende både for dem og meg når vi sammen får til noe som virkelig monner. Det å hjelpe pasientene våre til å hjelpe seg selv er særdeles tilfredsstillende og viktig, og vi, med vår kunnskap om deres sykehistorie og bakgrunn, har en unik mulighet til å lykkes på dette vanskelige området. Håper dette kan inspirere dere til å forsøke!

– det går an!

Kostholdsplan nr. 1

Denne benyttes de første fire ukene. Kostholdet i de første fire ukene skal sørge for at resultatene kommer fort og at man venner seg av med å spise søtsaker. Det er forbausende mange som holder ut!

PLANEN:

- Du skal ikke spise poteter, brød eller andre kornprodukter, pasta, ris, melkeprodukter, frukt eller drikke alkohol på fire uker.
- Du kan spise: grønnsaker og salat – så mye du orker – fisk, kjøtt, egg og skalldyr
- Du må spise minst fire måltider per dag, og du kan godt spise fem, seks eller sju måltider. Den letteste måten å gjennomføre dette på, er å lage opp mye salat med noe du liker, for eksempel tunfisk og egg, kylling, biffstrimler eller svinekjøtt, og la salaten stå i kjøleskapet. Du henter så ut porsjoner.
- Til middag spiser du fisk eller kjøtt og grønnsaker. Viktig at grønnsakene ikke er for mye kokt. De kan godt være rå.
- Frokosten kan bestå av egg og skinke +tomater dersom tanken på salat så tidlig på dagen ikke er spesielt forlokkende.
- Du kan drikke vann, te eller kaffe. Ikke brus, heller ikke sukkerfri brus.
- Du skal gå eller sykle 20–30 minutter per dag. Du kan dele denne tiden opp i flere bolker, slik at du f.eks. kan gå 10 minutter to til tre ganger per dag.

Kostholdsplan nr. 2

Denne er ment å skulle vare en stund, og dersom den inneholder enkelte elementer som pasienten din ikke liker, får dere finne alternativ sammen. Det er imidlertid viktig at man spiser noe til frokost, og at det ikke skal spises karbohydrater om kvelden.

FROKOST:

Havregrøt med vann eller skummet melk, eller havregryn med skummet melk. Du kan ha kanel på, men ikke sukker. Du kan ev. ha på søtningsstoff, men det er ofte lurt å la det være fordi dette kan øke lysten på søtsaker.

MELLOMMÅLTID:

Frukt, helst eple, pære eller appelsin og ½ beger med Kesam eller Cottage cheese (velg de variantene som har minst fett).

LUNSJ:

To grove brødkiver med fisk, for eksempel makrell i tomat, mager ost eller magert kjøttpålegg. Obs! Kneipbrød er ikke grovt brød! Det er også viktig å unngå grovbrød som er tilsatt forskjellige former for sukker.

MIDDAG:

Fisk eller kjøtt med en potet, litt ris eller pasta og grønnsaker (litt kokt) eller salat.

KVELDSMÅLTID:

Salat med tunfisk og egg, kylling eller annen type kjøtt. Ikke brød ved siden av.

DRIKKE:

Du kan drikke vann, te eller kaffe. Forsøk å unngå sukkerholdige drikker. Dette gjelder også forskjellige typer fruktjuice som inneholder mye sukker.

MOSJON:

Du skal gå eller sykle, 30–40 minutter per dag. Du kan igjen dele tiden opp i kortere perioder

