

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Behandling av overvekt i allmennpraksis – hva kan vi egentlig få til?

Når overvektige pasienter spør om hjelp til å gå ned i vekt blir jeg fort usikker på hva de egentlig ønsker av meg. Ikke sjelden får jeg følelsen av at de ønsker at jeg skal ta over problemet de ikke har klart å løse selv, konsulentrollen jeg vil ha under slike konsultasjoner passer ikke helt inn i forventningene. Ønsket om tabletter tror jeg ofte er et ledd i denne psykologiske bakevja: «Gi meg tabletter som er så effektive at jeg slipper å slite med dette mer!» Jeg nekter ikke å skrive ut medikamenter, men jeg informerer grundig om den meget begrensede nytten tablettbehandling har på sikt.

Jeg har nesten til gode å føre en samtale med en overvektig hvor vi finner vesentlige forhold i kosten de bør endre på (selv om det her er en påtagelig kjønnsforskjell, en del menn kan ha underlige huller i sine kunnskaper om hvilke faktorer i kosten som gir vektøkning). Pasientene angir at de spiser både lite, riktig og sunt, de har kuttet ut fett og sukker i stor grad og synes ikke de kan redusere inntak av kalorier mer. For veldig mange tror jeg dette stemmer, når overvekten er såpass problematisk at man spør fastlegen om hjelp er vekta sjelden fortsatt sterkt opadgående (unntaket er menn som er sendt av kona!) og da er kaloriinntaket sjelden for

høyt. Problemet er at de over år, sakte men sikkert, har økt i vekt uten å innse problemet i tide og tidligere kaloriinntak er det jo for seint å gjøre noe med når de kommer til oss. I stedet for å lete grundig etter hva de gjør feil tror jeg man med fordel kan lete etter hva de kan endre, en slik vinkling blir jo mindre moraliserende og mer respektfull for pasienten – i jakten på endringspotensialet blir vi lettere «på lag mot fienden».

Ofte lønner det seg å begynne med å spørre pasienten: Hva tror du selv du må endre for å gå ned i vekt? Hva har du prøvd før og hvordan gikk det? Hvorfor lyktes du ikke? Med det gir man kontrollen og ansvaret tilbake til pasienten, og det er der det hører hjemme. De som da ikke har noen forslag må man bruke kognitive teknikker på for å hjelpe dem til å innse at det kommer ikke til å skje noen ting hvis vi ikke finner noe de kan endre, og at de selv er den som er best til å lete i eget liv! Dette høres banalt ut, men jeg tror det er her problemet virkelig ligger. Vi kan snakke i timevis, men for pasienten er det å klare å få til å endre livsstil den store bøygen. Her tror jeg det er viktig å legge vekt på at selv små endringsforslag som kommer fra pasienten selv er mer verdt enn forslag om store endringer fra legens side. Få pasienter har så lite nytte av «velmente råd» som de overvektige – det har de allerede fått i bøtter og spann!

Fra noen pasienter får man da en fornemmelse av at de ikke vil (kan) endre noe, de vil bare ned i vekt og da er det jobben min å på en fin måte sette lys på det umulige i den bestillingen. Hvis jeg da moraliserer er slaget tapt ...det er så uendelig sårt å blottstille seg og så uendelig sårende å bli behandlet «ovenfra og nedad» av legen sin i den situasjonen pasienten da befinner seg – men du verden så uendelig lett det er for oss å falle for den fristelsen å belære pasienten om sunn livsstil – vi vet jo så altfor godt hva hun eller han bør gjøre! Ovenfor dem som ikke ser noen mulighet til å endre

ILLUSTRASJONSFOTO: ARVIND BALARAMAN



på noe mener jeg det er bedre å støtte pasienten i at dette er vanskelig og at de kanskje ikke får det til akkurat nå, så får vi kanskje en gylden anledning en annen gang- og da uten at pasienten har følt seg tråkka på underveis!

For mange tror jeg det dreier seg mer om å øke fysisk aktivitet enn å redusere på antall inntatte kalorier. Mange synes de trimmer mye, men her tror jeg uvitenheten i befolkningen er større enn på kalorifronten. Spaserturer i rolig tempo monner lite, pasienten må informeres om at det må svettes når de trimmer, og pusten må bli såpass tung at de ikke kan snakke uanstrengt i alle fall på deler av turen! Det er også viktig å finne ut hvor mye og hva slags trim pasienten skal satse på å få til f.eks. pr uke. Igjen gjelder det å få pasienten til selv å sette seg et mål som er realistisk. Jeg bruker å foreslå at vi kommer fram til et antall timer trim pr uke (trimformen er valgfri!) og at de teller opp hver fredag kveld. De timene de da ikke har rukket å trimme i løpet av uka må så fordeles på lørdag og søndag. Igjen gjelder det å få pasienten selv til å tenke ut strategien, og det lønner seg å spørre dem om hva de tror kan fungere fremfor å belære dem om hvordan de bør trene.

Et annet spørsmål man kan prøve å stille er om de tror de vet hvorfor de ikke får til å endre livsstil. Ved å tenke over det kan pasientene komme med mange kloke tanker, kanskje de vet at de trøstespiser og da må man bruke tid på å snakke om det fenomenet. Kanskje de ikke har tid, og da er det vel greit å være ærlig: har du ikke tid er det kanskje ikke så lurt å håpe på vektreduksjon nå? Livsstilsendring tar tid og krefter – masse tid og mye krefter – i mange år! Har pasienten ikke viljestyrke til å gjennomføre livsstilsendringen alene bør de anbefales å be om hjelp i grupper, kombinasjonen av trimgrupper og Grete Rhode/Librakurs er vel ingen dårlig løsning, vel å merke hvis man er villig til å fortsette etter avsluttet kurs, eventuelt gå på flere kurs. Det er meg bekjent få integrerte gruppetilbud her i landet der pasienten får tilbud om både kostholdsendring og økt fysisk aktivitet i grupper. Det er trist, for egentlig tror jeg de fleste som sliter med overvekt ikke har mulighet til å klare å endre livsstilen sin på egenhånd, de trenger langtidsoppfølging som er av en helt annen art enn det vi kan få til å gi dem på noen korte konsultasjoner på fastlegekontoret.

Jannike Reymert

Fastlege på Bakklandet legekantor, Namsos.

Ta vare på det
kjæreste du har...

Din helse er viktig!

Mål blodtrykket hjemme med pålitelige
blodtrykksapparater fra AND



Godkjent i henhold til:



3 års garanti

UA-767 Plus er klinisk godkjent etter BHS-protokoll, grad A/A.

Selges i
Apotek-1,
Alliance-apotek,
Banda-kjede-
butikker og
bandagister.

Finnes ingen
faghandel
i din nærhet,
bestill på nettet.
(Porto tilkommer)

AND
A&D Company, Limited

AND UA-767 Plus

Digital blodtrykksmåler med enkel «ett-trykks» betjening. Stort og tydelig display viser systolisk og diastolisk blodtrykk, samt puls. Apparatet registrerer også uregelmessig hjerterytme.

- Minne som husker 30 målinger.
- Viser hvor blodtrykket ligger på WHO's skala.
- Komfortabel mansjett.
- AND - en av verdens ledende produsenter av blodtrykksapparater både for personlig og profesjonelt bruk.

Medisinske eksperter anbefaler regelmessig blodtrykksmåling med klinisk validerte apparater.

Importør i Norge: **JAHPRON** Tlf. 75 56 56 56 - www.jahpron.no