

Tett samarbeid viktig i bekampelse av overvekt i allmennpraksis

■ JEANETTE ROEDE • Konseptsjef i Grete Roede AS

■ LIS PEDERSEN STRØM • Administrerende direktør i Grete Roede AS

«På legetimen i dag ble fastlegen min veldig imponert over min livsstilsendring. Så imponert at han ba meg kutte ut blodtrykksmedisinen. Fortsetter jeg denne reisen forsvinner diabetestablettene også.»

Sitatet over er en kommentar fra en av våre deltakere på Grete Roede-kurs. I en kursevaluering i 2012 rapporterte 48 prosent om bedre helse og 66 prosent om økt trivsel og de fleste spiste sunnere. I kronikken «Hva gjør legen når pasienten veier for mye?» i *Aftenposten* sist høst formidles det at fastlegene synes det er vanskelig å snakke om vekt, og at få leger tar initiativ til dette overfor sine overvektige pasienter (1). Kronikken refererer en studie med pasienter i Midt-Norge som ble behandlet for sykkelig fedme (2). Kronikkforfatter Magnus Strømmen spør: 'Når pasienten veier 20, 30 eller 40 kilo for mye – bør legen da fortsatt se en annen vei?'

Nei, sier vi. Fastlegen kan spille en viktig rolle for å redusere overvekt. Vår erfaring er at de fleste pasienter med overvekt ønsker å snakke om vekt med sin fastlege. Det er selvsagt viktig hvordan legen tar opp temaet, slik også Landsforeningen for overvektige uttalte i en annen aviskronikk høsten 2015 (3). Frykten må ikke bli en barriere. Legen må se pasientene som ikke holder vekten – før problemet er blitt for stort.

Ønsker dialog med fastlegen

I 2015 gjennomførte Grete Roede en anonymisert nettbasert spørreundersøkelse blant kursdeltakere som ønsket å gå ned minst 20 kg. 1040 kvinner og menn ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Responsraten var 32 prosent. 96 prosent av de som svarte hadde en BMI på over 30, det vil si overvekt med helserisiko. 85 prosent av de som hadde snakket med legen sin om overvekt, hadde tatt initiativ til dette selv. Av de som ikke hadde snakket med legen om vekt, ønsket halvparten av de spurte at legen hadde gjort det. På spørsmålet om hvorfor respondentene ikke hadde tatt ini-



Det er veldokumentert at 'trening tar gram, kosthold tar kilo'. Grete Roede fokuserer derfor både på kunnskap og bevisstgjøring om kosthold (matglede), fysisk aktivitet og ikke minst hjelp til motivasjon og mestring. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

tiativ til å snakket med legen om sin overvekt, registrerte man en rekke svar utover – andre grunner:

- Jeg tror ikke jeg kan få hjelp av min fastlege med min vekt (30,7 prosent)
- Jeg synes det er vanskelig å snakke om min vekt (21,5 prosent)
- Legen virket ikke som hun/han hadde tid (9,8 prosent)
- Legen virket ikke interessert (9,2 prosent)

Vi spurte også om hvilke råd deltakerne hadde fått om overvekt. En betydelig andel

hadde verken fått konkrete råd eller henvisning videre for å hjelpe dem i gang med en vektreduksjonsprosess.

Da vi høsten 2015 presenterte undersøkelsen for en gruppe leger, med tilhørighet til Oslo/Akershus-området, bekreftet de at de synes det er vanskelig å snakke om overvekt. Legene mente det var svært nyttig å få vite at de fleste overvektige ønsker en dialog om overvekten. Legene syntes videre at et samarbeid med lokale seriøse aktører innen kostholds- og livsstilsendring vil

Behandling av overvekt



le være verdifullt for å kunne hjelpe sine pasienter på en bedre måte. Da blir det enklere å ta tak i problemet i tide, mente de. Vår konklusjon er at det kanskje også blir lettere for overvektige pasienter å godta at legen snakker om overvekt hvis legen har noen konkrete tiltak og løsningsforslag, som å henvise pasienten til vektreduksjonskurs – i offentlig eller privat regi. Private aktører må naturligvis følge de offisielle rådene for kosthold og fysisk aktivitet.

I nevnte spørreundersøkelse oppga 48 prosent av kursdeltakerne at økonomi var årsak til at de ikke fortsatte på kurs. Siden vi vet at det er stor grad av sosioøkonomiske forskjeller innen helse, blir det spesielt viktig at legene både tør å snakke med sine pasienter om overvekt, og at de gir kloke råd i tråd med myndighetenes anbefalinger. De bør henvise pasienten til noen som kan bistå dem i deres vektreduksjonsprosess. De overvektige vi har snakket med, opplever det som dypt urimelig at de ikke får den hjelpen og støtten de trenger når de velger en vektreduksjonsstrategi som koster mindre for samfunnet enn for eksempel kirurgi, medisiner eller refusjonsbasert behandling – eller en kombinasjon av disse.

Høyere prioritering av ikke-kirurgiske metoder

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har anbefalt at ikke-kirurgiske metoder for vektreduksjon bør gis høyere prioritet, og vektlegger betydningen av brede folkehelseiltak for å motvirke fedme (4). Bakgrunnen er den raske økningen i fedmeoperasjoner.

Siden staten begynte å betale for fedmeoperasjoner, har antallet operasjoner i Norge økt fra 300 i 2005 til nesten 3000 i 2013, herav ca. 2000 i det offentlige helsevesenet.

Noen har gode resultater etter fedmeoperasjon, men i en studie fra Aker sykehus opplyser en tredel av de fedmeopererte om bivirkninger (5). Videre har halvparten av disse pasientene behov for senere plastisk kirurgi.

I en studie publisert i *Jama Surgery* (6) er hovedfunnet at 89 prosent av de som gjennomgår fedmekirurgi opplever bivirkninger som magesmerter, tretthet og gallestein. Problemene kan vedvare i flere år etter operasjonen. Mange av pasientene må følges opp i helsevesenet resten av livet, og en stor del vil ha behov for flere operasjoner. Mange holder ikke vekten. Det er derfor både samfunnsøkonomiske, helsemessige og livskvalitetsmessige argumenter som taler for hjelp til naturlig vektreduksjon som et godt alternativ og supplement til kirurgi.

Kostnader for pasientene

Mange av våre kursdeltakere har fått tilbud om kirurgi. Da ville de ha fått dekket store kostnader av det offentlige. Når de takker nei til operasjon og velger vektreduksjon gjennom livsstilsendring, må de dekke utgiftene selv. Er det rimelig at de som velger en mindre kostbar vei til vektreduksjon – som sparer helsevesenet og samfunnet for tid og penger – ikke får dekket sine kostnader på lik linje med dem som henvises til kirurgi?

Vektreduksjon på en naturlig måte har ingen av ulempene som operasjoner fører med seg. Kurs med vektreduksjon som resultat er dessuten en 'god medisin' som kan forebygge og redusere diabetes, hjerte- og karlidelser, høyt blodtrykk, muskel- og skjelettlidelser m.m. For oss er det et tankekor at pasienter med kroniske livsstilslidelser får dekket behandling og medisiner av det offentlige, men ikke kostnadene for å gjøre noe med overvekten som ofte er en bakenforliggende årsak. Det virker urimelig.

Trening tar gram – kosthold tar kilo

Magnus Strømmen m.fl. anbefaler i sin artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforsning* å spisse innsatsen mot å få overvektige til å bli fysisk aktive (2). Denne anbefalingen bør gjelde hele den norske befolkningen siden kun 20 prosent tilfredsstiller myndighetenes anbefalinger. Fysisk aktivitet er viktig både for fysisk og psykisk helse. Når målet er vektreduksjon, er imidlertid det mest effektive tiltaket å endre kostholdsvanene. Det er veldokumentert at 'trening tar gram, kosthold tar kilo'. Grete Roede fokuserer derfor både på kunnskap og bevisstgjøring om kosthold (matglede), fysisk aktivitet og ikke minst hjelp til motivasjon

og mestring. Vi har fokus på hverdagsaktivitet og lavterskeltraining, tilpasset overvektige som målgruppe. Vi vil ha folk opp av sofaen og i gang. 62 prosent av våre deltakere blir mer fysisk aktive som en effekt av å gå på kurs.

For å inspirere og legge til rette for enda mer fysisk aktivitet blant folket, er Grete Roede med i Aktivitetsalliansen sammen med DNT, Syklistenes Landsforening, Skiforeningen, Virke, Sportsbransjen og Gjensidigestiftelsen. I år lanserer Aktivitetsalliansen en ny aktivitetshåndbok som skal sendes ut til landets leger.

Endring av vaner tar tid. Forskning viser at de som følges opp jevnlig over lengre tid er de som lykkes best, noe som kan være utfordrende og dyrt å bidra til i en travel hverdag i helsevesenet. Tidligere studier har vist gode langtidsresultater for deltakere på Grete Roedes kurs (7): Kursdeltakerne hadde gjennomsnittlig 62 prosent av vekttalet i behold etter tre år, 39 prosent hadde hele vekttalet i behold, mens 20 prosent hadde lagt på seg alt eller mer. Vi har også gode resultater fra samarbeid med enkelte kommuner og leger innen helsefremmende arbeid. Lavterskeltilbud med ukentlig oppfølging og personlig veiledning av sertifisert kursleder kan eksempelvis være et verdifullt og kostnadseffektivt supplement til helsevesenets tilbud og tilbud fra frisklivssentralene. Rundt om i landet finnes det en rekke lokale tilbud om fysisk aktivitet, vektreduksjon og kostholds- og livsstilsendringer. Et tettere samarbeid mellom fastlegene og disse aktørene kan trolig bidra til at den enkelte pasient blir motivert til å endre livsstil i riktig retning.

REFERANSER

1. Strømmen M. Hva gjør legen når pasienten veier for mye? *Aftenposten* 20.10.2015.
2. Strømmen M, Bakken IJ, Andenæs E. Fet, feit eller bare overvektig? *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1732–6.
3. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Overvektige-personer-vil-ikke-karakteriseres-som-feit-av-fastlegen-8209831.html>.
4. www.kvalitetogprioritering.no/saker/kirurgisk-behandling-ved-overvekt.
5. Aftab H, Risstad H, Sovik TT, Bernklev T, Hewitt S, Kristinsson JA, et al. Five-year outcome after gastric bypass for morbid obesity in a Norwegian cohort. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10 (1): 71–78. (www.kvalitetogprioritering.no/saker/kirurgisk-behandling-ved-overvekt). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728913001676>.
6. Gribsholt SB, Pedersen AM, Svensson E et al. Prevalence of Self-reported Symptoms after Gastric Bypass Surgery for Obesity. *JAMA Surg*. 2016 Jan 6:1–9. doi: 10.1001/jamasurg.2015.5110. [Epub ahead of print].
7. Andersen E, Grimsmo A. Langtidseffekt ved slanking i selvhjelpsgrupper. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 14–7.

■ LIS.PEDERSEN.STROM@GRETEROEDE.NO ■ JEANETTE.ROEDE@GRETEROEDE.NO