

Langvarig og effektiv behandling av sykkelig overvekt hos en mann med lett utviklingshemming og autisme

Kjetil Mydland, Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssykehus, Mobilt Innsatsteam, E-post: kmy@sus.no
Oddbjørn Eikeland, Yilmaz Zorlu, Günther Markgraf
og Tor Helge Lea, Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssykehus, Enhet for voksne med autisme

Sammendrag

Overvekt blant mennesker med utviklingshemming har etter hvert blitt en velkjent utfordring. Helsemessige konsekvenser, årsaker og behandling av overvekt ser ikke ut til å skille seg vesentlig fra resten av befolkningen. Det finnes en del litteratur som viser til effektiv behandling av overvekt for mennesker med utviklingshemming på kort sikt. Hva som virker på lang sikt finnes det lite forskning på. Artikkelen beskriver hvordan energireduert kost, normaliserte porsjoner, økt fysisk aktivitet og praktisk tilrettelegging bidro til en vektreduksjon på 66 kg over 2 år og 9 måneder. Vekten har etter dette vært stabil i over 5 år.

Stikkord: Behandling, overvekt, utviklingshemming, autisme

Innledning

Overvekt har blitt en velkjent utfordring i den vestlige verden. Også mennesker med utviklingshemming kan bli overvektige (se bl.a. Hove, 2004; Yamaki, 2005; Emerson, 2005). I 2011 ga Helsedirektoratet ut nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten som omhandler forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. I følge disse kan overvekt blant annet føre til økt dødelighet, økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, flere kreftformer, type 2-diabetes, gallesten, psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Videre angis

Videre angis årsaker til overvekt å handle om ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, kraftig reduksjon i den fysiske hverdagsaktiviteten i forhold til tidligere, og endringer i ernæringsvaner i retning av økte porsjoner og mer energitette måltider og snacks.

årsaker til overvekt å handle om ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, kraftig reduksjon i den fysiske hverdagsaktiviteten i forhold til tidligere, og endringer i ernæringsvaner i retning av økte porsjoner og mer energitette måltider og snacks. Oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold, belastninger, genetiske forhold og medikamenter settes også i sammenheng med utvikling av vektproblemer. I følge Robertson et al. (2000) og Bertoli et al. (2006) gjelder disse



Ketil Mydland.

årsakene langt på vei også mennesker med utviklingshemming.

Når det gjelder behandling av overvekt anbefaler Helsedirektoratet (2011) at behandlingsopplegget individualiseres og består av et program som inkluderer fysisk aktivitet, endring av matvaner og mestringspsykologisk støtte. Hamilton et al. (2007) konkluderer med mye av det samme i sin oversiktsartikkel over vektreduksjonsintervensjoner overfor mennesker med utviklingshemming. De konkluderer videre med at program som inneholder disse elementene har vist seg effektive på kort sikt og peker ellers på forskningsmessige svakheter i design, som små utvalg og mangel på kontrollerte studier. Det finnes lite forskning på hva som virker på lang sikt for denne gruppen.

Ser man på nyere litteratur kan det se ut som lite har endret seg. Bazzano et al. (2009) benyttet undervisning i helse og ernæring og fysisk aktivitet i behandling av overvekt over 7 måneder. Elmahgoub et al. (2011) benyttet fysisk aktivitet over 10

uker. Saunders et al. (2011) benyttet endret kosthold og fysisk aktivitet over 12 måneder. Melville et al. (2011) benyttet endret kosthold og fysisk aktivitet over 6 måneder. Alle hevdes å ha ført til vektreduksjon, men fremdeles på kort sikt.

I det videre beskriver vi hvordan energireduert kost, normaliserte porsjoner, økt fysisk aktivitet og praktisk tilrettelegging bidro til en vektreduksjon på 66kg over 2 år og 9 måneder. Vekten har etter dette vært stabil i over 5 år.

Metode

Deltaker og setting

Personen var ved oppstart av behandling 37 år og hadde lett utviklingshemming og autisme. Han var 1,96 m høy og veide 166 kg. I flere år hadde han vært innlagt

Personen var ved oppstart av behandling 37 år og hadde lett utviklingshemming og autisme. Han var 1,96 m høy og veide 166 kg.

på psykiatrisk sykehus. Her ble han flyttet fra avdeling til avdeling på grunn av alvorlig utageringsproblematikk. I takt med økende utagering økte en både dosering og antall sederende medikamenter. Passiviserende tiltak som skjerming, beltelegging og mindre frigang ble også i økende grad benyttet på grunn av utagering. Mat og drikke ble inntatt i store mengder. På turer ønsket han som regel å gå innom bensinstasjoner eller bakeri for å kjøpe usunn mat. Han gikk ofte til angrep på ansatte dersom han ble nektet mat på avdelingen eller på turer.

Personen ble i 2005 flyttet fra psykiatrisk sikkerhetsavdeling til et bo- og behandlingstiltak opprettet for særskilt krevende personer med atferdsproblemer. Her har han bodd siden. Utfordringene knyttet til overvekten fortsatte. I tillegg dukket det opp noen ekstra i forbindelse med at han fikk egen leilighet med eget

Velmenende tips og råd fra personal førte ofte til verbal og fysisk utagering.

kjøkken. Han fikk fri tilgang til maten sin og forlangte å få tilberede det meste av maten sin selv. Dette resulterte i inntak av mye usunn mat og drikke, rå mat og flere porsjoner pr. måltid. Velmenende tips og råd fra personal førte ofte til verbal og fysisk utagering.

Etter hvert veide han så mye og helsen var så dårlig at han stod i fare for å pådra seg hjerte- og karsykdommer og diabetes. Blodtrykket var altfor høyt. Han hadde dårlig blodsirkulasjon i beina som førte til ødemer. Den fysiske formen var elendig. Hverdagslige gjøremål, som å reise seg fra sofaen, ta på sko, inn og ut av bil, toalettbesøk og dusjing, ble anstrengende og vanskelig. Han gav selv tydelig uttrykk for at han ikke trivdes med situasjonen.

Behandlingen ble utført i personens hjem og ute i personens nærmiljø av hans faste personal i botiltaket.

Han gav selv tydelig uttrykk for at han ikke trivdes med situasjonen.

Årsaker til overvekten

Vi tok utgangspunkt i at årsakene til overvekten i hovedsak handlet om lavt aktivitetsnivå og altfor høyt inntak av mat og drikke. Det ble i tillegg vurdert at personen hadde mangelfull kunnskap om ernæring og matlaging, vegring mot fysisk aktivitet, vansker med impuls kontroll, uhensiktsmessige rutiner for bilkjøring, pengebruk og handling av usunn mat.

Prosedyre

Behandlingen ble aldri sett på som en diett eller et kortvarig prosjekt. En ønsket å innføre varige endringer i livsstil som var både levelige og effektive i flere år fremover med tanke på trivsel og god helse. Det har under hele behandlingsperioden vært samarbeid med lege.

Behandlingen inneholdt følgende hovedmomenter:

1. For å øke aktivitetsnivået startet en med 15-20 minutters turer på flat asfalt. Personen var med og valgte hvor turene skulle gå og disse ble ført opp på dagsplanen. Han ønsket ikke alltid å gå i starten. Men personal stod alltid påkledd og klar for tur hver gang dette stod på

Tilbud om varm mat på flere av turene hjalp nok også kraftig på motivasjonen.

dagsplanen nærmest uansett vær. Dersom han ikke ville gå tur, ble han forsøkt motivert ved å vise til at tur var viktig for å gå ned i vekt, bra for helsen, legen hadde sagt tur var viktig osv. Han ønsket å gå

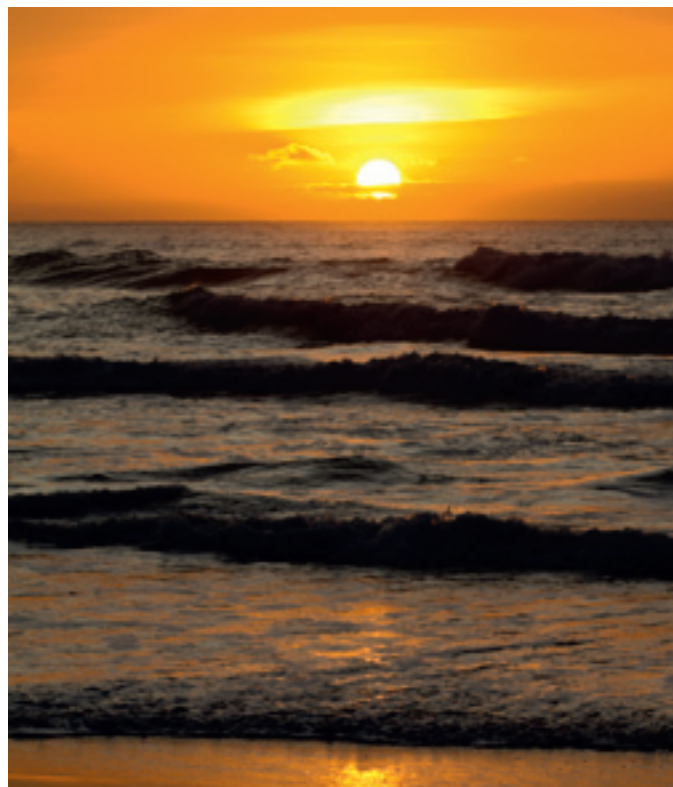


Foto: Mikkel Eknes.

ned i vekt og komme i bedre form, så slike argumenter virket ofte, men ikke alltid. I tillegg var han glad i forutsigbarhet og rutiner. Det å følge turene på dagsplanen ble etter hvert en god og positiv rutine for han. Tilbud om varm mat på flere av turene hjalp nok også kraftig på motivasjonen. Etter noen måneder var turgåing blitt en etablert rutine. En økte gradvis og forsiktig lengde på turene, og endte opp med flere turer i uken på 1,5 timer og en på 3 timer i skog og mark. I tillegg stort sett tur hver kveld på ca. 0,5 t.

2. Reduksjon i inntak av energi ble gjort ved å følge «tallerken-modellen» ved middager (50% kjøtt/fisk, 35% grønnsaker, 15% potet/ris/pasta). En laget

«meny-bank» med et rikt utvalg av sunne middager basert på «rene» og magre produkter (kjøtt, fisk, kylling). Vi forsøkte å unngå blandingsprodukter som for eksempel kjøttdeig og farse, samt velge pålegg, brød, juice osv. med minst energiinnhold. Dette var ikke personen involvert i. Vi antok at han var mest

En laget «meny-bank» med et rikt utvalg av sunne middager basert på «rene» og magre produkter (kjøtt, fisk, kylling).

opptatt av å få nok mat og bli mett, samt at tidspunktene for måltidene på dagsplanen ble fulgt. Dette viste seg å stemme. Personen var derimot med og satte opp sin egen meny for uken utfra «meny-banken».

Den uholdbare situasjonen på kjøkkenet, med inntak av mye usunn mat og drikke, rå mat, flere porsjoner pr. måltid og mye verbal og fysisk utagering, ble diskutert med personen. Han ønsket heller ikke å ha det slik, men hadde få forslag til hvordan dette kunne løses. Han ble derfor presentert for en avtale om at maten skulle tilberedes og oppbevares på personalrommet. Frokost, lunsj og kveldsmat skulle tilberedes i matbokser som han fikk i forkant av måltidene. Frokostboksen kunne f. eks inneholde 3 brødsiver, en porsjonspakke smør, 4 skiver skinke, 2 skiver ost, tomat, agurk, ett glass juice og melk. Han gikk med på dette og igjen viste det seg at han var mest opptatt av at han fikk det som var lovet.

Det innføres «snopedag» hver lørdag på

dagsplanen. Personen velger hva han vil ha eller lage som «snop». Ved høytider, bursdag og ferie er det kake og «kaffekos» som folk flest. Men i stedet for å spise en hel kake eller 2 liter is serveres det nå 2–3 kakestykker. Hva og hvor mye som skal spises blir avtalt i god tid på forhånd. Kaker og bakverk porsjoneres slik at det blir lettere å servere mindre mengder.

Personal handler inn maten uten at han er med i butikken. Dette blir også tatt opp med han. Han ser at det kan være gunstig å slippe alt trøbbel som tidligere har oppstått i butikken. I tillegg ser han raskt at personal handler det han trenger slik at han aldri mangler noe. Og det handles etter fastlagte handlelister som er satt opp med tanke på energireduert og sunn mat.

3. For å unngå at lommepengene ble brukt til å handle usunn mat fikk han tilbud om et sparesystem. Dette ønsket han og han valgte selv hva han ville spare til. Han kunne f. eks spare til klær, fotoapparat eller inventar til leiligheten. Som regel ønsket han å spare alle lommepengene.

4. Det ble også innført regler for bilkjøring for å unngå at han truet seg til turer på bensinstasjon eller bakeri. I forkant av biltur gikk en igjennom disse. Det handlet i all enkelhet om at en ikke skulle gjøre andre ærend enn det som var avtalt på forhånd. Brudd på dette førte til at turen ble avbrutt. Faste turer med bil ble satt opp på dagsplanen. Minimering av bilkjøring ble gjort lettere å gjennomføre ved informasjon via dagsplanen. Det viste seg at han var flink til å følge avtaler og planer.

Det meste av motivasjonen for å stoppe på

En erfarte tidlig at skriftlig informasjon fungerte bedre enn kun verbal informasjon.

biltur falt bort når han gjennom dagsplanen fikk oversikt over når «godsaker» var tilgjengelig gjennom uken, i tillegg til at han sjelden hadde penger å handle for, siden disse ble brukt til sparing.

5. En startet med reduksjon og seponering av medisiner i langsomt tempo.

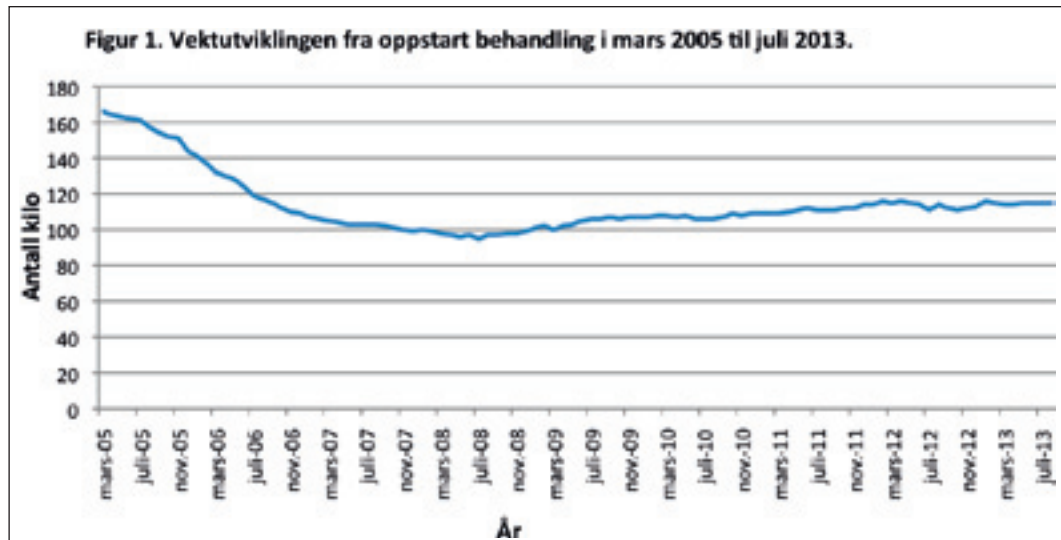
6. Det meste av regler, avtaler og forklaringer skrives på lapper som han får og oppbevarer i en egen filofax. Personal har kopi av disse. En erfarte tidlig at skriftlig informasjon fungerte bedre enn kun verbal informasjon. En unngikk misforståelser og ulik praksis fra tjenesteyterens side, i tillegg til at personen forstod og aksepterte bedre skriftlige endringer.

7. Det ble laget klare regler for personal om at avtalte turer skulle gjennomføres, menylister og handlelister skulle følges. Tips og råd for hvordan motivere personen til tur ble satt opp. Det samme ble gjort for håndtering av avtalen der maten skulle oppbevares og tilberedes på personalrommet. En poengterte at det var en frivillig avtale. Dersom personen ønsket

Alle ønsker om endringer i opplegget fra personen selv og ansatte ble tatt opp på møte en gang i uken.

sin egen mat eller drikke utenom sine faste måltider skulle en forsøke å motivere han til å holde avtalen, følge regler og avstå fra usunne valg, men gi seg dersom det var fare for å ende opp i fysisk utagering. Alle ønsker om endringer i opplegget fra personen selv og ansatte ble tatt opp på møte en gang i uken.

Resultater



Diskusjon

Resultatene viser at det tar ca. 2 år og 9 måneder å komme ned til 100 kg. Etter dette har vekten stabilt ligget mellom 100 kg og 115 kg. Grunnen til en såpass sakte nedgang skyldes en forsiktig og gradvis tilnærming til en sunnere livsstil.

En ønsket å minimere faren for utagering ved å innføre noen få endringer om gangen. Spesielt fysisk aktivitet og hverdagslige utfordringer som for eksempel bruk av lommepenger, bilbruk og ønsker om handling ble håndtert gradvis og forsiktig. Intensitet og lengde på gåturer ble økt forsiktig med tanke på mestring og for å unngå stølhet og slitasjeskader, som i verste fall kunne føre til sviktende motivasjon. En tilstrebet at gåtur skulle bli en positiv opplevelse som han på sikt ville gjøre mer av. Endringer i kosthold der personal tilbereder middagen, matbokser, normaliserte porsjoner og energireduert mat ble innført raskere.

Ved oppstart av behandlingen stod personen på 7 medikamenter. 6 av disse ble gitt for at han skulle være stabil og rolig. 3 av medikamentene hadde vektøkning som bivirkning. I løpet av de første 3 årene der han går fra å veie 166 kg til 100 kg seponeres 4 av medikamentene. Av de 3 som gjenstår har 2 av dem fremdeles vektøkning som bivirkning. Han står fremdeles på disse 3. Seponering av medikamentene, inkludert det ene med vektøkning som bivirkning, er gjort i et meget langsomt tempo. I praksis har vektnedgangen skjedd atskillig fortere enn

Foto: Mikkel Eknes.

seponeringen. Det betyr at det meste av vektnedgangen er gjennomført samtidig som han mye av tiden står på 3 medikamenter med vektøkning som bivirkning.

Siste par år har vekten økt noe og ligget mellom 110 kg og 115 kg. Dette skyldes med stor sannsynlighet noe økt inntak av mat og litt mindre fysisk aktivitet. Førstnevnte handler om at han nå lager mer mat selv og oppbevarer mer mat inne hos seg selv. Han lager for eksempel sin egen middag 6 ganger i uken. Sistnevnte handler om innføring av andre aktiviteter enn turgåing som innebærer mindre fysisk aktivitet. Økningen har ikke hatt noen negative helsemessige konsekvenser. Ønsker om endringer i behandlingsperioden har i all hovedsak handlet om nye matretter, tilberedning og oppbevaring av mat hos seg selv, samt ønsker om aktiviteter. Dette har han i stor grad blitt møtt på. Det har vært få eller ingen ønsker om endringer i øvrig opplegg. På grunn av personens fungering og vansker med å håndtere både positive og negative endringer, har en innført en endring av gangen. Det har tatt alt fra noen uker til flere måneder før en igangsatt endring har blitt etablert og personen har vært klar for en ny.

Opplegget ellers er som tidligere beskrevet og i tråd med den opprinnelige målsettingen om at vektnedgangen skulle gjennomføres ved varige endringer i livsstilen. Etter at en nådde 100 kg har endringene nå vart i nærmere 5 år. Personen selv uttrykte tidlig i prosessen at

han var fornøyd med situasjonen. Han betegnet middagene som «gourmetmat» og var glad for å slippe somatiske plager og sin «tunge» hverdag. Det har vært gjennomgående lite protester eller ønsker om endringer i beskrevet opplegg. Utageringsproblematikken ble i perioden betydelig redusert og har over flere år vært på et akseptabelt lavt nivå. Vi mener dette taler for at gjennomførte endringer i livsstilen har vært skånsomme og levelige for personen. ●●●

Referanser

- Bazzano, A. T., Zeldin, A. S., Shihady Diab, I. R., Garro, N. M., Allevato, N. A. & Lehrer, D. (2009). The healthy Lifestyle Change Program: A Pilot of a Community-Based Health Promotion Intervention for Adults with Developmental Disabilities. *American Journal of Preventive Medicine, Volume 37, issue 6, Supplement 1*, 201-208.
- Bertoli, S., Battezzati, A., Merati, G., Margonato, V., Maggioni, M., Testolin, G. & Veicsteinas, A. (2006). Nutritional status and dietary patterns in disabled people. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases, 16*, 100-112.
- Elmahgoub, S. S., Calders, P., Lambers, S., Stegen, S. M., Van Laethem, C. & Cambier, D. C. (2011). The Effect of Combined Exercise Training in Adolescents Who Are Overweight Or Obese With Intellectual Disability: The Role of Training Frequency. *Journal of Strength & Conditioning Research, 25, 8*, 2274-2282.
- Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research, Volume 49, Part 2*, 134-143.
- Hamilton, S., Hankey, C. R., Miller, S., Boyle, S. & Melville, C. A. (2007). A review of weight loss interventions for adults with intellectual disabilities. *Obesity reviews, 8*, 339-345.
- Helsedirektoratet (2011). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten (IS1735).
- Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 9-17.
- Melville, C. A., Boyle, S., Miller, S., Macmillian, S., Penpraze, V., Pert, C., Spanos, D., Matthews, L., Robinson, N., Murray, H. & Hankey, C. R. (2011). An open study of the effectiveness of a multi-component weight-loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity. *British Journal of Nutrition, 105*, 1553-1562.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 469-486.
- Saunders, R. R., Saunders, M. D., Donnelly, J. E., Smith, B. K., Sullivan, D. K., Guilford, B. & Rondon, M. F. (2011). Evaluation of an Approach to Weight Loss in Adults With Intellectual or Developmental Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities, 49, 2*, 103-112.
- Yamaki, K. (2005). Body Weight Status Among Adults With Intellectual Disability in the Community. *MENTAL RETARDATION, Volume 43, Number 1*: 1-10.