

Behandling av ekstrem overvekt hos en mann med lett psykisk utviklingshemming og autisme

Nafo-seminaret 2008

Yilmaz Zorlu
&
Kjetil Mydland
Stavanger Universitetssykehus

Når er man ekstremt overvektig??

BMI (kg/m²) / kroppsmasseindeks
(WHO, 1998)

Undervekt	< 18,5
Normalvekt	18,5 – 24,9
Overvekt	25,0 – 29,9
Fedme	30

Andre definisjoner av overvekt:

Overvekt kan også defineres etter liv-hofte-ratio (omkretsen rundt livet dividert med omkretsen rundt hoften)

Eller kun basert på livvidde der grensene er satt til 102cm for menn og 88cm for kvinner

Opphopning av fett rundt magen synes å representere en selvstendig risikofaktor for en rekke sykdommer, derfor er det viktig også å ha et mål for bukfedme (WHO, 1998)

Er det så farlig å være overvektig??

- hjerte- og karsykdommer
- visse typer kreft
- hjerneslag
- diabetes
- tidlig død
- psykiske vansker
- hverdagslige vansker

(Hove, 2004; D. Marshall et al., 2003; Chapman et al., 2005)

Men det blir mindre farlig å være overvektig hvis:

- en går ned 5%-10% i vekt = positive helsegevinster i form av forbedret insulinfølsomhet, lavere blodtrykk og lavere kolesterol

(Goldstein, 1992; Kaplan, 1987; Vidal, 2002)

- Uavhengig av vekttap kan de samme helsegevinstene oppnås gjennom økt fysisk form

- Sykdomsrisikoen forbundet med overvekt er betydelig redusert hos personer som til tross for overvekt er i god fysisk form

(Strømme og Høstmark, 2000)

Med andre ord: Det er ingen krise å ha noen kilo for mye, så lenge en er i god fysisk form!!

Hvor ekstremt overvektige er personer med psykisk utviklingshemming??

Kelly et al. (1986) 553 personer 45,2% (Menn) 50,5% (Kvinner)

Cunningham et al. (1990) 332 personer 2% (Menn) 15% (Kvinner)

Simila and Niskanen (1991) 112 personer 11,7% (Menn) 23,1% (Kvinner)

Bell and Bhate (1992) 183 personer 19% (Menn) 34,6% (Kvinner)

Rimmer et al. (1993) 364 personer 27,5% (Menn) 58,5% (Kvinner)

Stewart et al. (1994) 142 personer 14% (Menn) 25% (Kvinner)

Beange et al. (1995) 202 personer 16,3% (Menn) 26,5 (Kvinner)

Robertson et al. (2000) 500 personer 13% (Menn) 24% (Kvinner)

Moore et al. (2004) 93 personer 30,8% (Menn) 36,6% (Kvinner)

Hove (2004) 282 personer 14,7% (Menn) 25,2% (Kvinner)

Yamaki (2005) personer ? 26,5% (Menn) 44,2% (Kvinner)

Emerson (2005) 1304 personer 27% totalt begge kjønn

Hvorfor er personer med puh overvektige??

Risikofaktorer:

- inaktivitet, vansker/hindringer med å delta i tradisjonell trening (Messent et al., 1999; Wells et al., 1997)
- mangel på selvstendig mobilitet (avhengig av andre for å komme seg ut), spise på egenhånd/selvbestemmelse over mat, spesifikke syndromer (f.eks Prader-Willi syndrom), bivirkninger av medisiner og kjønn (kvinner mest utsatt) (Bell and Bhate, 1992; Emerson, 2001; Messent et al., 1998; Wood, 1994)
- uklare retningslinjer, mangelfull kompetanse og lite fokus på overvektsproblemer hos ansatte og ansvarlige for tjenestene (Messant et al., 1999)
- motivasjon hos den enkelte (Wilson and Parkinson, 1993)
- mangel på støtte og oppmuntring til å være fysisk aktiv, overbeskyttelse, undervurdering av personens evner til å delta i aktivitet (Messant et al., 1999)
- manglende kunnskap om sunt kosthold og fysisk aktivitet og konsekvenser av usunn livsstil (J. Mann et al., 2006)

Tilfellet Nils...

Hva finnes av dokumentert behandling av overvekt??

Noen eksempler:

Ordenez FJ et al. (2006) 22 voksne med Down Syndrom, 12 ukers treningsprogram, 1 time x 3 pr uke, aerobisk trening på land og i vann ledet av profesjonelle fysiske trenere (vekt og fettmasse gått betydelig ned). Langtidseffekt??

D. Marshall et al. (2003) 25 personer, 6-8 uker med helsefremmende gruppeundervisning (sunn mat og trening) 2 timer, 1 gang pr. uke, ledet av spesialsykepleiere. (tydelig forbedring i vekt og BMI) Langtidseffekt??

J. Mann et al. (2006) 192 personer, helsefremmende undervisning med fokus på fysisk aktivitet, sunn mat og reduksjon av stress. 8 ukers varighet, 90 min undervisning pr. gang. Frivillig gå-tur etter hver undervisning, 2 hjemmebesøk for å lage individuelt treningsprogram, diett-plan og veiledning i å handle sunt i butikk, testing av kunnskap før og etter programmet, ledet av profesjonelle (økt kunnskap, mer fysisk aktivitet og lavere BMI) Langtidseffekt??

Chapman et al. (2005) 38 personer, ledet av fysioterapeut, 6 måneders varighet, hjemmebesøk, råd, plan for fysisk aktivitet, undervisning og diett. (Lavere vekt og lavere BMI) Langtidseffekt??

Hva sier 4A om behandling av overvekt??

- Det vil ikke være anledning til å bruke tvang ut fra mer alminnelige betraktninger om sunn og god livsførsel uavhengig av tjenestemottakerens ønsker.
- Det vil heller ikke være anledning til å anvende tvang for å stoppe "trøstespising" i den hensikt å slanke tjenestemottakeren, eller for å få vedkommende i bedre form. Skal tvangstiltak i slike sammenhenger godtas, må det være fordi spisingen etter en medisinsk vurdering medfører fare for vesentlig skade. (s. 54)
- Vanlige retningslinjer gitt av 4A med tanke på alternative løsninger, faglig forsvarlighet osv, vil selvfølgelig også gjelde for behandling av overvekt.

Det finnes mye rart på "overvektsmarkedet"!!

Dietter
TV-program
Vektklubber
Slankeprodukter
OSV...

Hvordan kommer man i gang??

Man kan f.eks gjøre følgende:

1. Skaffe seg kunnskap om sunt kosthold
2. Skaffe seg kunnskap om fysisk aktivitet
3. Registrere og analysere kosthold, aktivitetsnivå, og hvilke variabler som bidrar til overvekt
4. Lage en tiltakspakke basert på atferdsanalytiske prinsipper for å få gjennomført behandlingen

Litt om fysisk aktivitet...

•Betegnelsen fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår blant annet arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving, fysisk fostring osv.

•Fysisk aktivitet kan defineres som "enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå".

(Strømme og Høstmark, 2000)

•En tommelfingerregel kan derfor være at en bør kjenne at pulsen stiger, og litt svette på ryggen er heller ikke å forakte...!

Litt mer om fysisk aktivitet og litt om fettforbrenning...

•Å benytte trappene opp og ned to etasjer daglig for en 80kg tung person representerer et energiforbruk tilsvarende 3kg fett pr. år!

•Det klassiske spørsmålet: Skal man løpe eller gå (høy eller lav intensitet)??

– det interessante er den totale fettforbrenningen (selve økten + "etterforbrenningen")

– "Harde" økter har størst "etterforbrenning"

– Hvilestoffskifte vil normalt utgjøre størstedelen av døgnforbruket av energi. En liten økning i hvilestoffskifte vil kunne få relativt stor betydning for vektregulering. Fysisk aktivitet som fører til økning i muskelmasse, vil kunne gi økt hvilestoffskifte.

(Strømme og Høstmark, 2000)

Hvordan komme i gang med fysisk aktivitet??

•Fysisk aktiv hverdag (tenke bevegelse!)

•Starte forsiktig!!

•Flatt, mykt underlag – øke distanse – øke intensitet – motbakker og kupert/ulendt terreng

•Finne aktiviteter personen liker!

•2-3 ganger i uken med ca 30 min varighet

•Trening annenhver dag

•Strukturert trening? Trening med vekter?

Sannsynligheten for rask fremgang vil være stor, noe som kan virke motiverende i seg selv. (Strømme og Høstmark, 2000)

Litt om personen...

•Er nå i slutten av 30 årene

•Er i utgangspunktet henvist med tanke på alvorlig utageringsproblematikk

•Har i (altfor) mange år levd alene med for lite bistand fra kommunen

•Innlagt på psykiatrisk sykehus i en årrekke, flyttet fra avdeling til avdeling pga vanskelig håndterbar utagering, ender tilslutt opp på sikkerhetsavdeling

•Direkte overført fra sikkerhetsavdeling til dagens bosted – et bo og behandlingstiltak opprettet for særskilt krevende brukere med atferdsproblemer. Har stort sett 3:1 bemanning.

Litt mer om personen...

•Psykiatrien har i en årrekke forsøkt det meste av antipsykotika med tanke på behandling av psykose, med dårlig resultat

•Får etter hvert diagnosene lett puh og autisme, og en går vekk i fra psykoseilnæringen

•Starter opp med behandling av atferdsproblemene etter atferdsanalytiske prinsipper

•Sakte men sikkert begynner atferdsproblemene å avta

•En kommer etter hvert i posisjon til å starte behandling av den ekstreme overvekten

Status før oppstart av behandling:

- Står i fare for å pådra seg hjerte- og karsykdommer og diabetes
- Har altfor høyt blodtrykk
- Problemer med blodsirkulasjon i beina – har ødemer
- Den fysiske formen er elendig!
(sliter med å gå en liten tur, sliter med å gå i trapp, blir andpusten av å reise seg fra sofaen og når han skal ta på sko...)
- Vansker i hverdagen
(vansker med å komme seg opp og ned i sofa, inn og ut av bil, ta på sko, tørke seg bak etter toalettbesøk, dusje osv..)
- Problematferd relatert til mat/drikke og matlaging, "krav" om bevegelse og klær
- Gir tydelig uttrykk for at han ikke trives i sin "tunge" hverdag

Mer om status før behandling

- Er 1,96m høy og veier 166kg = BMI 43

Hvorfor er personen ekstremt overvektig?

Etter innhenting av informasjon, registrering, observasjon og analyse, tror vi følgende:

1. Medisiner
2. Lavt aktivitetsnivå
- Minimalt med bevegelse – kjører mye bil
3. Mangelfull kunnskap om sunn mat, matlaging og fysisk aktivitet
- koker poteter i 2 min, spiser nesten rått kjøtt, har særegne ideer om hva som er sunn mat osv...

Mer om årsaker...

4. Spiser og drikker mye mer enn han trenger
- halvt brød til frokost, store mengder pålegg, mye brus, spiser 2-3 porsjoner middag hvis det er tilgjengelig
5. Store vansker med impuls kontroll
- spiser stort sett til det er tomt – store vansker med å ha noe liggende
6. "Allergisk" mot tips/råd innblanding fra andre
- vil ikke ha handlingskjeder, stoppeklokke, tar ikke imot tips og råd verken skriftlig eller muntlig osv..

Mer om årsaker...

7. Problematferd
- innblanding fra personal (tips, råd, korrigerende, begrensning osv.) ender ofte i utagering
8. U hensiktsmessige rutiner med bilkjøring, handling, pengebruk
- under bilturer forlanger han å stoppe på bensinstasjoner, konditori og butikk for å stort sett handle usunne varer. Forlanger å få handle "når suget melder seg", har tilgjengelig en del lommepenger som "må" brukes opp osv..

Mål for behandlingen...

1. Vektreduksjon
2. Økt fysisk form
3. Bedre helse
4. Minst mulig utagering

Følgende behandling ble iverksatt:

- Reduksjon og seponering av medisiner i et meget langsomt tempo. Mindre sedat og sløv, mindre aversivt å bevege seg (Motivasjonelle operasjoner?)
- Tallerken-modellen (50% kjøtt, 35% grønnsaker, 15% potet, ris, pasta (Forsterkerkvalitet, regelstyring, stimuluskontroll?))
- "Rene" og lette produkter, minst mulig sukker, mest mulig frukt og grønt
- "Snopedag" hver lørdag. Unngår usunn småhandling i hytt og vær. (Regelstyring, stimuluskontroll?)
- Regler for bilkjøring. (Stimuluskontroll, regelstyring, forsterkning?)
- Faste måltider med nok og attraktiv mat. (stimuluskontroll, regelstyring, motivasjonelle operasjoner, forsterkerkvalitet?)

Mer om behandlingen...

- Personal tilbereder maten og oppbevarer det meste av maten på personalrommet (stimuluskontroll?)
- Innføring av matbokser (regelstyring/stimuluskontroll?)
- Starter med 15-20 min tur på flat asfalt og ender opp med 3 t i skog og mark. Personal motiverer i starten, han kommer med ønsker etterhvert (regelstyring, motivasjonelle operasjoner, forsterkning?)
- Sparesystem – han velger hva han vil spare til og bruker lommepengene sine til sparing i stedet for handling (endring i forsterkningsbetingelser?)
- Fått skriftlig informasjon om når "goder" er tilgjengelig i løpet av uken (regelstyring, stimuluskontroll?)

Enda mer om behandlingen...

- Veies 1 dag i uken – han følger nøye med på utviklingen (forsterkning?)
- 2 turvalg på dag og kveld
- Regler for personal!!
 - Tur uansett vær og klær
 - Bestemmelsen om kort og lang tur
 - Menylisten skal følges
 - Ferdig oppsatt handleliste etter en sunn mal skal følges
 - Dagsplaner og regler skal følges
 - Vanlig "motivasjonsarbeid" mtp å få personen til å ta sunne valg og avstå fra usunne valg, uten å ende opp i utagering

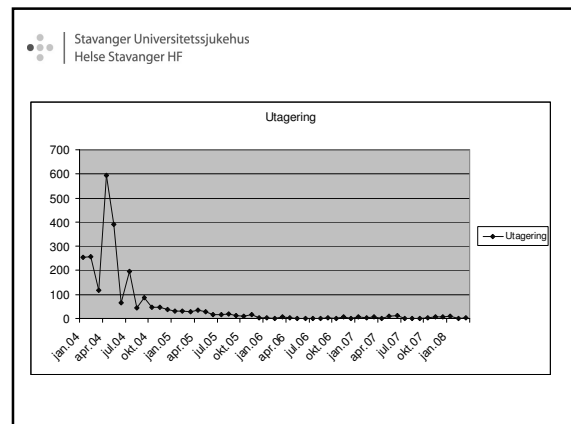
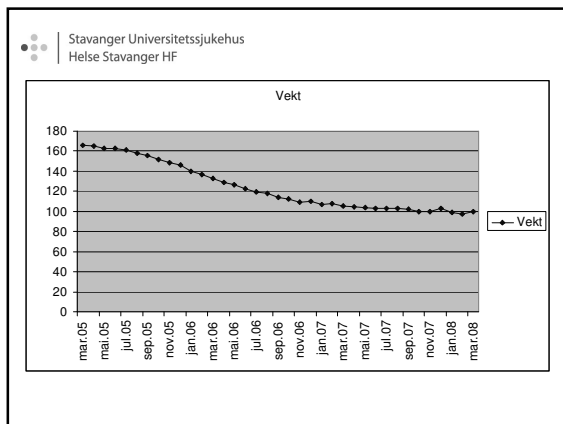
Status etter ca 3 års behandling

Oversikt over medikasjon

<u>Mai-2005</u>	<u>April-2008</u>
Orfiril 1800mg (vektøkning)	Lithionit 249mg (vektøkning)
Zyprexa 20mg (vektøkning)	Zyprexa 15mg (vektøkning)
Vallergan 30mg	Levaxin 50 mikrogram
Lithionit 249mg (vektøkning)	
Levaxin 50 mikrogram	
Heminevrin inntil 3600mg (eventuelt medikasjon)	
Lamictal 125mg	

Oversikt over aktivitetsnivå

Mandag: Dag – tur: 1,5t	Aften – tur: 35min
Tirsdag: Dag – tur: 1t og 15min	Aften – tur: 30min
Onsdag: Dag – tur: 1,5t	Aften – tur: 30min
Torsdag: Dag – tur: 1t	Aften – tur: 35min
Fredag: Dag – tur: 1-3t	Aften – tur: 25min
Lørdag: Dag – tur: 30min	Aften – tur: 30-60min
Søndag: Dag – tur: 30min-1,5t	Aften – tur: 35 min



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

- Er fremdeles 1,96m høy og veier +/- 100kg = BMI 26
- Den fysiske formen er bra
- Helsen er god, fysiske plager er borte
- Hverdagsvansker som følge av tidligere overvekt er borte
- Minimalt med problematferd relatert til mat, drikke, matlaging og fysisk aktivitet
- Gir tydelig uttrykk for at han trives med sine nye "lettere" hverdag
- hevder han får gourmet mat, har fått kroppen tilbake, glad for å kunne gå på turer igjen

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Har personen lært noe underveis??

- Har etter hvert fått fri tilgang til noe drikke, enkelte matvarer og matboksene, fungerer foreløpig bra
- Kommer selv med sunne måltidsforslag
- Velger som regel å bruke lommepengene til sparing fremfor å handle usunt
- Klarer å passere tidligere fristelser (som bensinstasjoner, butikker og konditori) uten å ville stikke innom
- Ting tyder på at personen kanskje har fått litt bedre selvkontroll, er mindre impulsstyrt og tenker litt mer hensiktsmessig rundt dette med mat og drikke. Men i det store og hele er det nok "regimet" rundt personen som gjør at det hele fungerer. En forsøker selvfølgelig å "lømpe" der en kan og tiden får vise hvor langt en kan komme med dette.

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

En forsiktig oppsummering av behandlingen...

Vi tror følgende faktorer har bidratt til vektreduksjonen:

- Mindre inntak av energi
- Økt fysisk aktivitet
- Reduksjon/seponering av medisiner?
- Personalets innsats og kreativitet!

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

En forsiktig oppsummering av behandlingen...

Vi tror atferdsanalysen blant annet har bidratt med:

- Endring av stimuluskontroll
- Forsterkning
- Regelstyring
- Motivasjonelle operasjoner

For å oppnå de ønskede atferdsendringer som i stor grad har bidratt til personens vektreduksjon. Det har antakeligvis også bidratt til at behandlingen har vært gjennomført uten økning i problematferd.

