

NORSK TIDSSKRIFT FOR ERNÆRING

«Har du først gått i baret, så er løpet kjørt»: Fedmepasienters kunnskap om tilbakefall

 **Nr. 1 – 18. mars 2020**

Karoline Steenbuch Lied

MSc

Grete Roede AS, Nesbru, Norge

Anne-Cathrine Berg

MSc

Vestre Viken Helseforetak, Drammen, Norge

Katherine Bevan

Vestre Viken Helseforetak, Drammen, Norge

Marianne Molin

PhD

Fakultet for Helsevitenskap, Oslo Metropolitan University – Storbyuniversitetet, Oslo, Norge

Bjørknes Medisinske Høyskole, Oslo, Norway

Kjell Sverre Pettersen

PhD

Fakultet for Helsevitenskap, Oslo Metropolitan University – Storbyuniversitetet, Oslo, Norge

SAMMENDRAG

Bakgrunn: En sprekke er en engangsforeteelse som kan skje under en endringsprosess, mens tilbakefall er når en tidligere uvane gjenopptas. Gjentakende sprekke kan føre til tilbakefall, noe som ofte gir følelse av

håpløshet og selvforakt til å gjenoppta en påbegynt positiv endringsprosess. Pasienter som ønsker fedmeoperasjon trenger ofte å endre livsstil. Dette kan de få hjelp til gjennom opplæringsprogrammet Startkurs. Det finnes lite forskning om hvordan denne pasientgruppen håndterer tilbakefall og hvilken kunnskap de har om fenomenet. Hensikten med studien var å kartlegge hva slags kunnskap pasienter hadde ervervet seg om fenomenet tilbakefall etter deltakelsen på dette kurset.

Metode: Semi-strukturerte individuelle intervjuer av åtte fedmepasienter ble gjennomført i etterkant av Startkurs. Tolkningen av de verbatim transkriberte intervjuene ble utført i en fenomenologisk teoriramme.

Resultater: Noen informanter oppga at de etter Startkurs ikke lenger var redde for å oppleve tilbakefall. Andre sa de nå kunne håndtere det ved å tenke annerledes. Nytt for alle var at tilbakefall var et akseptert og nærmest forventet stadium i en livsstilsendringsprosess.

Konklusjon: Løpet er ikke kjørt etter en sprekke eller et tilbakefall, men informantene trenger kunnskap og strategier for å håndtere det. Startkurs og lignende pasientopplæringstiltak kan være arenaer hvor man kan få lærdom om dette.

Innledning

Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem (1). Ifølge Folkehelseinstituttet har 1 av 4 menn og 1 av 4 kvinner i aldersgruppen 40-45 år fedme (2). Mange av de som har forsøkt å endre livsstil og gå ned i vekt er tilbake til vektutgangspunktet sitt i løpet av ett år (3). Å gjennomgå en vektreduksjonsprosess kan for mange oppleves både krevende og stressende, blant annet fordi man kan oppleve å «sprekke» og gjenopptar tidligere uønsket spiseatferd. Man må imidlertid skille mellom betydningen og implikasjonene som begrepene sprekke og tilbakefall kan ha for en person. En sprekke (engelsk; lapse) er når man i en kort periode, gjerne som en engangsforeteelse, begår den tidligere ufordelaktige handlingen. Man klarer likevel raskt å hente seg inn igjen og fortsette endringsaktiviteten. Tilbakefall (engelsk; relapse) er derimot når gamle synder vender fullstendig tilbake igjen (4). Gjentakende sprekke kan være et varsel om at man nærmer seg tilbakefall (5).

I en endringsprosess gjennomgår en person fem suksessive endringsfokuserte stadier. Disse stadiene vises i modellen Stages of Change: 1) Før-overveielse (man er ikke klar over problemet); 2) Overveielse (man er klar over problemet og vurderer å gjøre endringer); 3) Forberedelse (man er klar til å starte endringsprosessen; 4) Handling (man har startet endringsprosessen) og 5) Vedlikehold (man opprettholder endringen over tid) (6). Stages of Change-modellen brukes ofte til å kartlegge hvilket av de fem stadiene personer som har behov for en helseatferdsendring befinner seg på (7). Et tilbakefall terminerer en persons helsefremmende atferd i handlings- eller vedlikeholdsfasen, med gjenopptakelse av atferden som vedkommende hadde i de tidligere Stages of Change-fasene før overveielse eller forberedelse som konsekvens. I den senere tid har «tilbakefall» blitt inkludert som et sjette eventuelt forekommende stadium i Stages of Change-modellen (8). Ved å utvide denne modellen fremhever man at tilbakefall for mange kan være en naturlig del av en endringsprosess og er ofte mer regelen enn unntaket.

Faglitteratur som omhandler forebygging av tilbakefall (engelsk; relapse prevention) viser at det å oppleve en sprekke eller tilbakefall er normalt under en livsstilsendring (9). Litteraturen fokuserer på hvordan man skal komme seg tilbake på det «positive endringssporet». En viktig strategi er å kognitivt fokusere på *hvorfor* tilbakefallet skjedde og betrakte det som kilde til bevisstgjøring og læring, framfor å føle det som et personlig nederlag.

Stages of Change-modellen, samt litteratur innen forebygging av tilbakefall, er viktige elementer i endringsprosesser. Et annet viktig element er empowerment-tankegangen. Empowerment handler om å styrke og aktivere individets egenkraft til å bli kjent med egne problemer og gjøre en i stand til å ta kontroll over egen helsetilstand (10). Individuer som er myndiggjort (engelsk; empowered) viser ofte større grad av positiv selvregulering og mestringstro (engelsk; self-efficacy) enn de som ikke klarer å mobilisere disse evnene (11). Sistnevnte har gjerne liten tro på at de skal klare å lykkes med å utføre en bestemt oppgave, og føler gjerne håpløshet og selvforakt i slike sammenhenger. Slike selvsaboterende

følelser og tanker kan være en trussel mot endringsprosessen, som kan hemme både motivasjon og mestringstro, og til slutt hindre et positivt helseutfall (12). Antakelig kan slike tanker frembringe både sprekke og tilbakefall.

Sykkelig overvekt er en kronisk tilstand og defineres som å ha en kroppsmasseindeks (KMI) høyere enn 40, eller at KMI er høyere enn 35 med komplikasjoner relatert til fedme, som diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom (13). Fedmeoperasjon er et behandlingstilbud for personer med sykkelig overvekt. I Norge opereres årlig omtrent 3000 pasienter (14). En tidligere studie fant at personer med sykkelig overvekt ofte hadde opplevd gjentagende tilbakefall under sine forsøk på vektreduksjon (3).

På enkelte sykehus i helse Sør-Øst må pasienter som ønsker foretatt fedmekirurgi først delta på et obligatorisk Startkurs, som i noen tilfeller arrangeres ved stedets Lærings- og mestrings-senter. Hensikten med kurset er å gi informasjon om hvilke behandlingsmuligheter som finnes for å kunne ta et informert behandlingsvalg, samt å hjelpe pasientene å komme i gang med livsstilsendringer og inkludere dem i et støttende nettverk der de blir kjent med andre i samme situasjon (15). Bevisstgjøring om hva som kan være vanskelig for pasientens gjennomføring av en endringsprosess, som bl.a. håndtering av sprekke og tilbakefall, er ulikt prioritert på Startkurs ved forskjellige sykehus. I denne studien ønsket vi å undersøke hvordan pasientene ville håndtere tilbakefall og hvilken kunnskap de fikk om fenomenet etter å ha gjennomført Startkurs, som blant annet fokuserer på tilbakefall under endringsprosessen.

Metode

Datainnsamling og deltakere

Data ble innhentet ved et sykehus som tilbyr Startkurs. Hovedmålet med dette kurset ved dette sykehuset er å tilrettelegge for at pasienter med helseutfordringer skal få kunnskap som bidrar til bedre helse og øke mestringen av deres egen livssituasjon (16). Her benyttes refleksjonsverktøy, blant annet ved å stille pasientene åpne spørsmål og å

gi dem strukturert veiledning, slik at de får hjelp til å bli bevisst hvordan tanker og følelser kan påvirke deres handlinger. Kurset går over åtte uker, og pasientene møtes fem timer én gang i uken, hvilket tilsvarer 40 timer totalt. I alt ble det benyttet to halve kursdager ledet av en psykolog til å snakke om vedlikehold av ønskelige atferdsmønstre og hvorfor dette kan være utfordrende. Det ble blant annet henvist til Stages of Change-modellen. For håndtering av tilbakefall, ble det referert til blant annet lege Ingvard Wilhelmsens strategier som hevder man bør fokusere på løsningene, ikke kun på problemene, og oppføre seg som om man mener det (17).

Alle de 38 pasientene som skulle delta på Startkurs ved det aktuelle sykehuset mottok før studiestart skriftlig informasjon om studien samt et samtykkeskjema. Første kursdag fikk pasientene ytterligere muntlig informasjon om studien. Totalt var åtte informanter villige til å delta. Av disse var sju kvinner og én mann, med et aldersspenn på 30-58 år. Ifølge Malterud (2011) bør man ikke ha et for høyt antall informanter når man skal gå i dybden på noe, det kan føre til at datamaterialet og analysene blir uoversiktlige (18). Tommelfingerregelen er at utvalget bør være stort nok til at man kan belyse problemstillingen. Vi vurderte derfor at det ideelle antallet i vårt studieutvalg burde være mellom 8-10 informanter.

Intervju og analyse

Det ble gjennomført semi-strukturerte individuelle intervjuer av kandidatene før og etter kursets avslutning. Det ble også intervjuet om andre temaer enn tilbakefall, blant annet om spiseforstyrrelser, sosial støtte og brukermedvirkning. Disse temaene vil muligens presenteres i andre publikasjoner. En kvalitativ ekspertvurdering av intervjuguidene ble utført av artikkelforfatterne i samarbeid. Spørsmålet i intervjuguiden som informantene fikk for denne artikkelens formål var: *Hva tenker du nå i forhold til før om det å få tilbakefall?* Intervjuene varte mellom 21-31 minutter. Intervjuene ble utført ved sykehuset hvor Startkurset ble avholdt. Lydopptakene ble transkribert ordrett. Ikke-verbal kommunikasjon ble også notert. Det teoretiske rammeverket for analysen var fenomenologi,

som dreier seg om å utvikle kunnskap på bakgrunn av personers subjektive erfaringer om et konkret fenomen slik det fortoner seg i deres livsverden (18, 19). Fenomenologi representerer med andre ord både en ontologi og en epistemologi, der enkeltpersoners erfaringer regnes som reelle bidrag til valid kunnskap (18). I dette tilfellet er fenomenet tilbakefall. Det ble brukt systematisk tekstkondensering som analysemetode. Denne ble utført i fire steg: Først ble datamaterialet grundig lest igjennom for å få et helhetsinntrykk, og deretter ble de meningsbærende elementene identifisert. Innholdet i disse ble så abstrahert, og til slutt sammenfattet man betydningen. Det ble laget en tabell over temaet tilbakefall med underkoder. Disse framkom som et resultat av grundig lesning, kritisk refleksjon og konsensusdiskusjoner i lag med artikkelforfatterne.

Artikkelforfatterne har hatt et bevisst forhold til sin forforståelse av temaet og hvor mye den kan ha påvirket tolkningene av intervjuene. Begrepet forforståelse reflekterer forskerens egne fagkunnskaper, oppfatninger, holdninger og temaerfaringer i forbindelse med forskningsprosjektet vedkommende deltar i (34). Førsteforfatter har samfunnsernæring som sitt faglige ståsted, mens andre- og tredjeforfatter er henholdsvis fysioterapeut og ergoterapeut og gruppeveiledere ved LMS. Fjerdeforfatter er ansatt som førsteamanuensis ved studiet i samfunnsernæring og har forsknings- og undervisningserfaring innen ernæring og epidemiologi, mens sisteforfatter har lang forsknings- og undervisningserfaring innen helsekommunikasjon. Alle forfatterne har således forforståelser som kan ha preget intervjutolkningene.

Førsteforfatter har gjennomført studien og skrevet artikkelmanus. Andre-, tredje- og fjerdeforfatter har lest og kommet med justeringer av manuskriptet, mens sisteforfatter har vært hovedveileder og ansvarlig for studiet, samt kvalitetsgodkjent artikkelens skriftlige innhold og struktur.

Studien har blitt utført etter formell tilrådning fra Personvernombudet og i tråd med de gjeldende forskningsetiske retningslinjer. Det ble også fylt ut et eget meldeskjema for forskningsstudier som utføres ved det aktuelle

helseforetaket. Studien falt utenfor helseforskningslovens virkeområde og trengte dermed ikke godkjenning av Regional Etisk Komite. Samtlige informanter har signert et skriftlig informert samtykkeskjema.

Resultater

Basert på analysen av datamaterialet dannet det seg to meningskategorier om temaet tilbakefall: «*Er ikke lenger redd for å få tilbakefall*» og «*Tenker nytt om tilbakefall*». Alle informantene uttrykte at de hadde fått et nytt syn på selve tilbakefallsproblematikken via sin deltakelse på Startkurs. I utgangspunktet var det ukjent for dem at tilbakefall anses som et eget, nærmest forventet stadium i en endringsprosess, og ikke som en endelig avbrytelse av den påbegynte atferdsendringen.

Er ikke lenger redd for å få tilbakefall

Informantene som hadde vært redde for å få tilbakefall, oppga at de syntes det var betryggende å høre at det var lov til «å falle» og at «løpet ikke var kjørt» selv om tilbakefall kunne skje en rekke ganger. Misoppfatningen de hadde ble korrigert under Startkurset. En av informantene uttrykte seg slik:

«Jeg tenker stadig vekk på den handling, vedlikehold, tilbakefallsdelen, som er et verktøy for ikke å bli motløs. Jeg har fått kunnskap jeg aldri har hatt før. For meg så tror jeg den store greia er at jeg ikke er redd for tilbakefall. Det må bare være et unntak istedenfor regelen.»

Informanten oppgir med andre ord at den nyervervede kunnskapen bidrar til at mulige tilbakefall ikke lenger vil føles like truende.

En annen informant beskrev det slik:

«Jeg er veldig glad for at det er lov til å falle mer enn normalt, vil jeg si. Fire ganger, så har jeg tapt liksom. Det er normalt å snuble. Det viktigste er at du reiser deg igjen. Jeg er ikke så redd for å møte tilbakefallsbiten.»

Denne informanten hadde tidligere trodd at det bare var å gi opp etter fire tilbakefall. Under Startkurset endret imidlertid informanten denne feiloppfatningen.

Tenker nytt i forhold til det med tilbakefall

Noen av informantene hevdet at de nå tenkte nytt om det å få tilbakefall. En informant sa det slik:

«Om du får et tilbakefall, så ødelegger du ikke for den gode jobben du har gjort de to-tre-fire månedene før. Jeg har ikke tenkt sånn før.»

En annen informant sa noe tilsvarende:

«Jeg tenker på en annen måte (...). At har du først gått i baret, så er løpet kjørt, så da kan du bare...da er alt over. Alt er ødelagt... Og det at det jo selvfølgelig ikke er det, har fått en mer sånn ordentlig mening. At selvfølgelig så får jeg tilbakefall (...). Nettopp det der at jeg forstår at, ja,

men herregud, løpet er ikke kjørt, det var bare akkurat i dag (...). Det kommer til å skje. Og jeg skal håndtere det.»

To informanter ga sterkt uttrykk for at de nå tenkte nytt om tilbakefall. En tredje innrømmet å ha slitt med tilbakefallene. Før pleide vedkommende å straffe seg selv etter et tilbakefall, mens den nye kunnskapen ervervet gjennom Startkurs gjorde at vedkommende nå tenkte annerledes. En informant sa følgende, som trolig reflekterer innhold i Stages of Change-modellen:

«Alt har vært dårlig, og bare meg som ikke kan noe (..). Men det har vært nyttig å se den her. For jeg klarte jo ikke tenke den i alle faser før. Så får jeg den her, og tenker, jaja, det gjelder jo det meste».

Informanten syntes det var nyttig å få et helhetlig bilde av endringsprosessen, for å kunne forstå at den inneholder flere faser. En fjerde informant hadde tidligere vurdert tilbakefall som et personlig nederlag og syntes derfor den nye kunnskapen ervervet gjennom Startkurset var viktig:

«Jeg har nok kanskje fått et annet forhold til det med tilbakefall. Og...liksom beveger meg mot å akseptere at det kan skje. Jeg har tenkt veldig på det som et nederlag (...). Det med tilbakefall har vært veldig viktig.»

Ved å få økt kunnskap om håndtering av tilbakefall, virket det som at mange av informantene gjorde noen personlige oppdagelser som ga dem bedre selvforståelse og selvvinnsikt. Tilbakefall var ikke en bekreftelse på at de var «mislykket», de visste bare ikke hvordan de skulle håndtere dem.

Diskusjon

Å gjennomgå en livsstilsendring er en komplisert prosess, der man må gjennom flere forskjellige stadier. Disse stadiene reflekteres i Stage of Change-modellen (6). Alle informantene i denne studien uttrykte å ha fått ny innsikt i hvordan de kan forholde seg til stadiet tilbakefall etter deltakelse på Startkurs.

Studiens hovedfunn er at det var nytt for informantene at tilbakefall anses som et forventet stadium og ikke som en endelig avbrytelse av den påbegynte atferdsendringen. Denne nye kunnskapen, selvforståelsen og evnen til å kunne se hvordan det henger sammen med ens egen historie, kan øke troen på at man vil lykkes med en livsstilsendring.

Selv om det ikke er funnet studier om tilbakefallsfenomenet hos personer som ønsker fedmeoperasjon, finnes det noen relevante studier utført om fenomenet blant overvektige og personer som har vært gjennom en vektreduksjon. I en artikkel konkluderer forfatterne med at det er vanskelig for personer som har lyktes med å gå ned i vekt, å hente seg inn igjen selv etter en liten vektøkning (20). Sosiokulturelle og psykologiske faktorer spiller trolig også en viktig rolle. For at personer med sykkelig overvekt skal lykkes med å endre sine kostholds- og aktivitetsvaner, må man forstå hele livssituasjon til den overvektige, slik at behandlingen rettes mot årsakene, ikke bare symptomene. Det er også viktig å få innsikt i den overvektiges tilbakefallshistorikk (21). Psykologiske faktorer, som det å ha et urealistisk vekt mål, dårlig evne til å løse utfordringer og liten grad av mestringstro, kan i stor grad bidra til tilbakefall (22). Økt mestringstro, følelsen av håndterbarhet og oppfattet alvorlighetsgrad kan være forutsetninger for å lykkes med vektreduksjon (23). Å redusere eller å holde vekten assosieres gjerne med å ha en sterk *indre motivasjon*. Det

innebærer at man har gode mestringsstrategier til å håndtere stress og stor grad av mestringstro (24). Det som derimot kan utgjøre risikofaktorer for å gå opp igjen i vekt, er hvis man har hatt en problematisk vekthistorikk med overspising og bruk av mat som kompensasjon for negative følelser, samt dersom man anvender en svart-hvitt tankegang når man står overfor utfordringer (25). Frykten for tilbakefall er en kjent utfordring hos personer med overvekt og fedme (26). Selv om de ovennevnte studiene ikke omhandlet pasienter som skulle fedmeopereres, viser de betydningen av å ha strategier for å håndtere tilbakefall, tilsvarende det som vises i vår studie.

Marlatt og Gordon (1985) utviklet begrepet tilbakefallsforhindring (engelsk; relapse prevention), både for å øke forståelsen av hva som kan bidra til tilbakefall og hvordan man kan forhindre den (27). Basert på disse prinsippene, anvendte en studie såkalte «relapse road maps» der målgrupper brukte stimuluskontroll for å unngå tilbakefall. Studien har imidlertid ikke data om pasientens basiskunnskap om tilstanden tilbakefall (28). Vår studie er trolig den første som forsøker å belyse hvilken kunnskap pasienter som skal fedmeopereres har ervervet seg om fenomenet tilbakefall etter deltakelse i et opplæringsprogram som Startkurs. En annen studie av fedmeopererte pasienter bekrefter betydningen av at pasientene trenger kunnskap til å håndtere sitt nye selvbylde og klare å avstå fra tidligere uheldig spiseatferd. Langvarig oppfølging i grupper, hvor man blant annet lærer om tilbakefallshåndtering, er viktige forutsetninger for å lykkes etter fedmeoperasjonen (29). Dette understreker betydningen av å øke fedmepasienters kunnskap om tilbakefall, hvilket fremkommer i vår studie. En studie som kan sammenlignes med vår, ble gjort på pasienter med overvekt som deltok i et overvektsprosjekt. Pasientene oppga at de syntes det var vanskelig å forholde seg til utskeielser og tilbakefall. Det å klare å ta seg inn igjen ble oppfattet som nærmest umulig, spesielt hvis de ikke hadde noe sosial støtte eller kunnskap om innhentingsstrategier (30). En longitudinell studie, som kartla livskvaliteten til fedmeopererte pasienter, konkluderte med at de fikk det bedre etter operasjonen, men at de var redde for å miste kontrollen over matinntaket sitt igjen (31). En

annen studie, der 14 pasienter ble intervjuet fem år etter fedmeoperasjonen, viste at tilbakefall var et opplevd fenomen for mange (32).

At pasientene ikke har kunnskap om og strategier for å håndtere tilbakefall er uheldig. Spesielt hvis forholdet til tilbakefall bærer preg av en svart-hvitt tankegang, noe mange av informantene ga uttrykk for. Ett lite feilskjær ble dessverre ofte tolket som en terminering av atferdsendringen.

Med referanse til Stages of Change-modellen er konklusjonen i en studie at den «gjenstående» utfordringen blir å identifisere faktorene som gjør at overvektige pasienter klarer å forflytte seg til sluttstadiene «handling» og «vedlikehold» (33). Vår studie betoner viktigheten av å gi fedmepasienter kunnskap om trinnet tilbakefall, øke deres kunnskap om mestringsstrategier for å takle dette, og få pasienten til å forflytte seg til andre og mer hensiktsmessige nivåer i endringsmodellen.

Styrker og svakheter ved studien

En svakhet ved vår studie kan være utvalgsrepresentativiteten. De åtte som deltok kan ha vært de mest temamotiverte. En annen svakhet kan være nærheten til deltakerne som førsteforfatter etablerte på grunn av sin tilstedeværelse under hele Startkurset. En styrke ved studien kan imidlertid være at det ble gjennomført individuelle intervjuer framfor fokusgrupper. Informantene kan ha følt seg tryggere i denne settingen enn de kanskje ville ha følt i gruppesammenheng. Det kan ha gitt forskerne rikere og ærligere beskrivelser av deres opplevelser av det aktuelle temaet.

Konklusjon

Selv om tilbakefall er ett lite av flere store vektlagte temaer på Startkurs, antyder våre funn at:

«Løpet er ikke kjørt» etter en sprekke eller et tilbakefall, til tross for at dette var forestillingen hos de intervjuede fedmepasientene. Trolig har de manglet kunnskap og strategier for hvordan de skal håndtere tilbakefall.

Det er mulig å anta at mange overvektige har begrenset kunnskap om hvordan de skal håndtere tilbakefall. Dette er uheldig, særlig fordi mange i denne pasientkategorien sannsynligvis har gjennomført flere livsstilsendringkurs tidligere (34). Studien vår antyder derfor behov for sterkere vektlegging av dette temaet under slike kurs. En oppfølgingsstudie kan være å kartlegge kunnskap om tilbakefallshåndtering hos pasienters som har fått solid opplæring under *hele* behandlingsforløpet.

Interessekonflikter: Ingen



Referanser