

I 2019 mottok 79 pasienter rehabiliteringstilbud innen ytelsen **Sykelig overvekt – konservativ behandling** ved Valnesfjord Helseportssenter (VHSS). Av disse hadde 25 (32%) sitt første opphold, mens de resterende 57 besto av pasienter som allerede var i gang med sitt rehabiliteringsforløp og gjennomførte «re-opphold». Resultatene i denne oversikten består av data fra begge deler. Alle som er med i oversikten har samtykket til at VHSS kan benytte resultatene til dette formålet.

For de ulike kartleggingene som presenteres er kun de som har besvart alle spørsmål og/eller gjennomført test ved både oppstart og avreise er inkludert i analysen. Alle besvarelser er anonymisert.

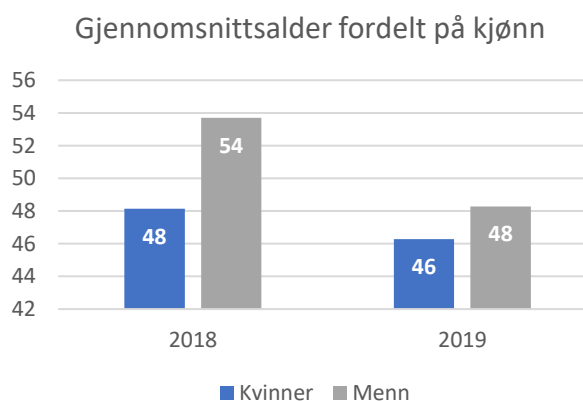
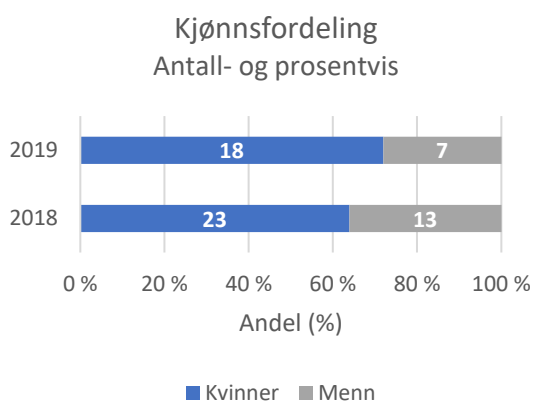
Rehabiliteringstilbudet for personer med sykelig overvekt gjennomføres med et forløp på til sammen 4 rehabiliteringsopphold, som strekker seg over en periode på opp mot 2 år. På grunn av at vi startet med et nytt system for elektronisk datainnsamling januar 2018, samt at det er tatt i bruk et nytt måleinstrument i januar 2019, har vi dessverre begrenset med fullstendige data for et helt forløp for denne ytelsen. Deler av oversikten inneholder svar kun fra de som hadde sitt første opphold i 2019 (gjelder for skjemaet EQ-5D-5L), mens resten av oversikten inneholder svar både fra pasienter som startet sitt forløp i 2018 og i 2019.

For mer informasjon om rehabiliteringstilbudet for pasienter med sykelig overvekt, ta en kikk på [vår hjemmeside](#).

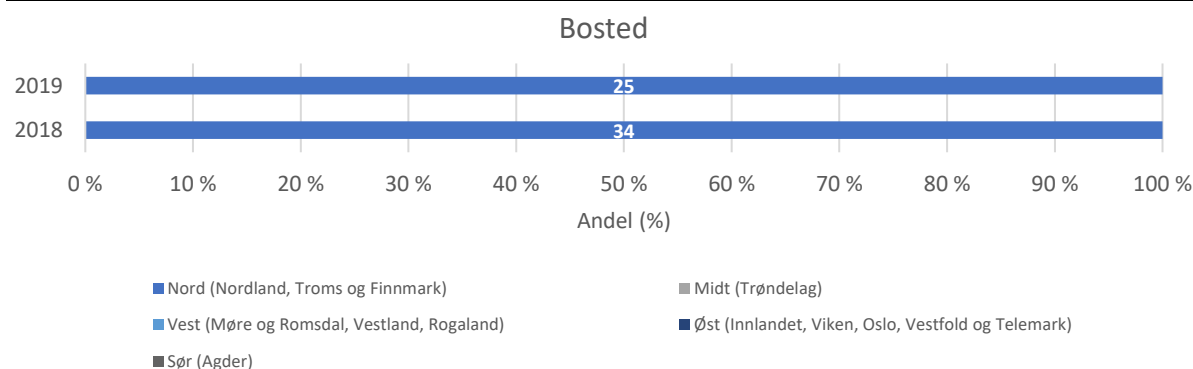
Demografiske data – oversikt

Grafene i dette avsnittet gir en fremstilling av demografiske kjennetegn for utvalget av respondenter ved oppstart av rehabiliteringsforløpet i 2019 (N = 25), sammenlignet med 2018 (N = 36), blant annet hvordan fordelingen av utvalget ser ut med hensyn til kjønn, alder og bosted.

Kjønn- og aldersfordeling

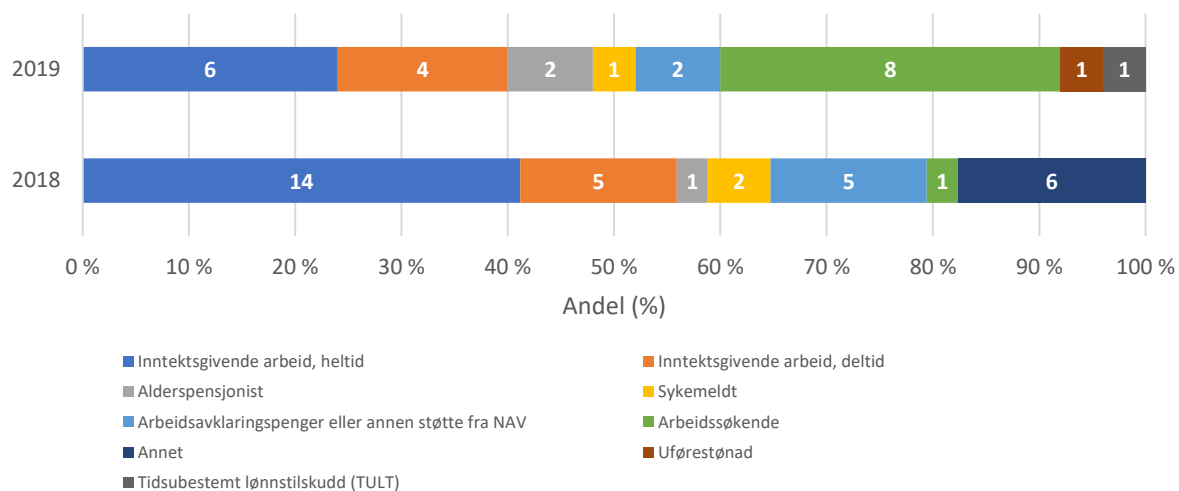


Bosted oversikt

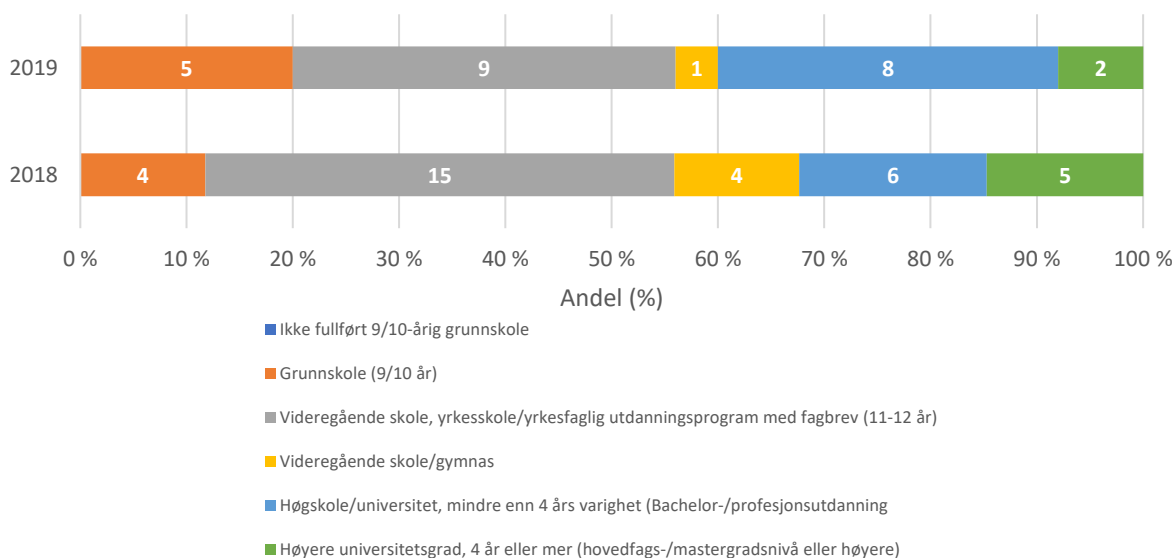


Arbeid og utdanning

Arbeidssituasjon

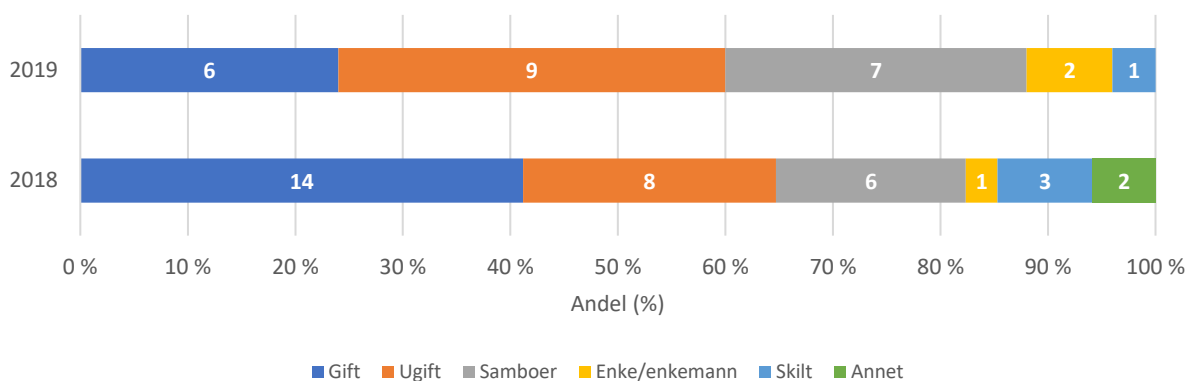


Høyeste fullførte utdanning



Sivil status

Sivil status



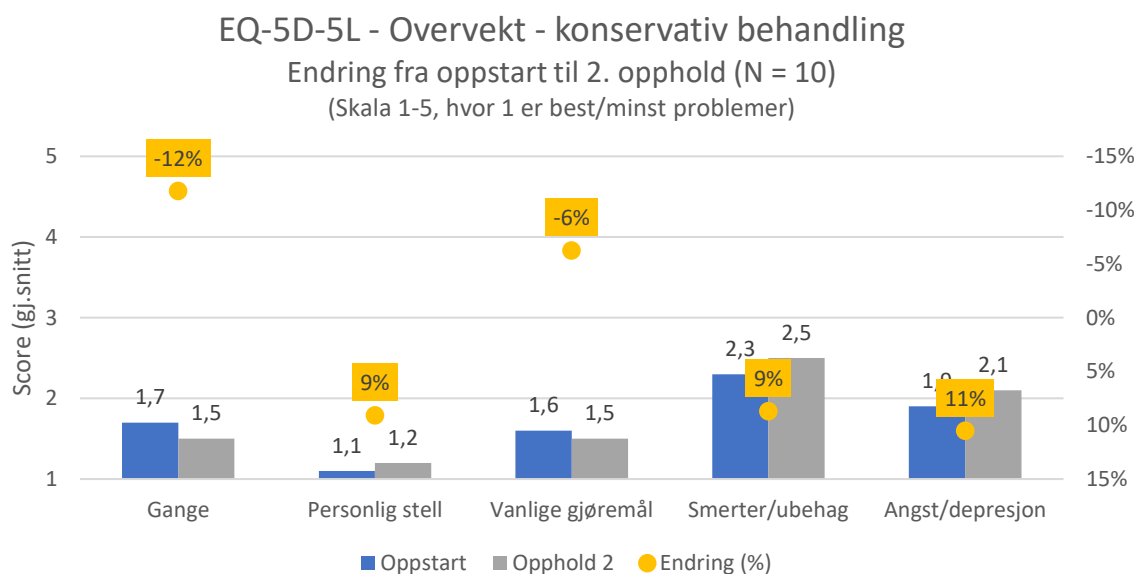
Helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L)

EQ-5D-5L er et generisk (diagnose-uavhengig og preferansebasert) spørreskjema som måler helserelatert livskvalitet. Skjemaet tar for seg 5 ulike områder (spørsmål) som spør hvordan pasientene opplever sin helse knyttet til mobilitet (gange), personlig stell, daglige aktiviteter, smerter/ubehag og til slutt angst/depresjon. Hvert av spørsmålene har 5 svaralternativer (1-5 skala), hvor 1 representerer best helse/minst problemer, og 5 dårligst helse/størst problemer.

Kun de som har besvart alle spørsmål både ved oppstart (2019) og ved 2. opphold er inkludert i oversikten (N = 10).

EQ-5D-5L områder

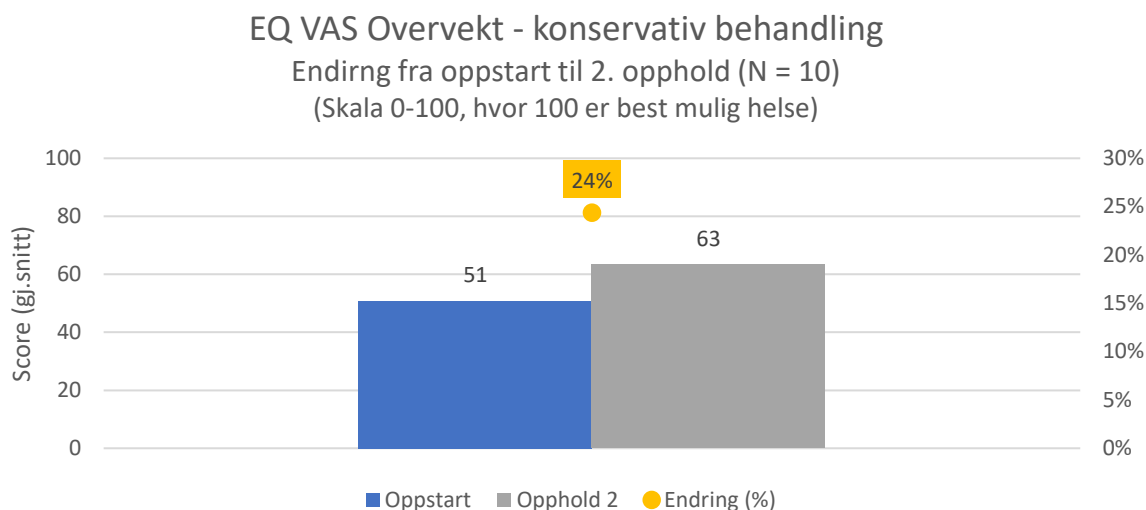
Figuren under viser at det er en nedgang (fremgang) i gjennomsnittsscore på områdene «Gange» og «Vanlige gjøremål» ved starten av 2. opphold sammenlignet med oppstart av rehabiliteringsforløpet, mens det for de tre resterende områdene er en økning (forverring) i gjennomsnittsscore. Uavhengig av retning er endringen størst for spørsmålet om «Gange» (12% lavere gjennomsnittsscore).



EQ VAS skala

I tillegg til de 5 områdene spørres det også om hvordan pasientene, alt i alt, opplever sin egen helse i dag. Dette gjøres ved hjelp av EQ VAS skala, som er en skala fra 0-100, hvor 100 representerer best tenkelig helse og 0 er verst tenkelig helse.

Figuren øverst på neste side viser endring i gjennomsnittsscore på EQ VAS-skala fra oppstart av rehabiliteringsforløp til starten av 2. opphold for utvalget (N = 10).



Figuren viser at utvalget i gjennomsnitt scorer 24% bedre på EQ VAS ved 2. opphold, sammenlignet med slik de gjorde ved oppstart av rehabiliteringsforløpet. Den positive endringen på EQ VAS er synlig til tross for noe dårligere score på tre av de fem områdene i EQ-5D-5L.

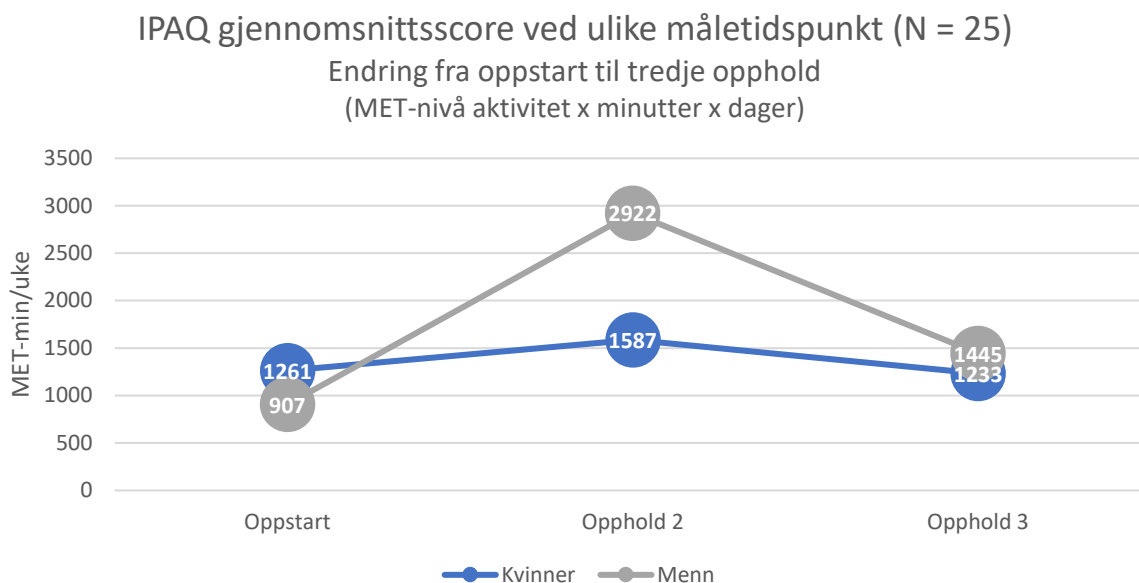
Fysisk aktivitet

Pasientenes nivå av fysisk aktivitet er målt ved hjelp av *International Physical Activity Questionnaire – Short Form* (IPAQ-SF). Pasientene blir i spørreskjemaet bedt om å angi antall dager, timer og minutter de vanligvis bruker på både gange, moderat fysisk aktivitet og anstrengende fysisk aktivitet i løpet av en uke. Svarene omregnes til en samlescore som angir det totale energiforbruket som følge av fysisk aktivitet (energiforbruk utover hvilenivå) i løpet av en uke, angitt som MET-min/uke¹.

Helsedirektoratet anbefaler den voksne befolkningen å bruke minst 150 minutter i uken på moderat fysisk aktivitet (aktiviteter som medfører raskere puls enn vanlig). Omregnet til ukentlig energiforbruk angitt som MET vil denne anbefalingen tilsvare 600 MET-min/uke.

Figuren øverst på neste side viser utviklingen av gjennomsnittlig MET-min/uke for utvalget (N = 25) fra oppstart til tredje opphold. Vi ser at pasientene i gjennomsnitt ligger vesentlig høyere enn anbefalingene fra Helsedirektoratet allerede ved oppstart av rehabiliteringen. Det gjennomsnittlige nivået av fysisk aktivitet for utvalget synes å øke fra første opphold til andre opphold, for deretter å redusere igjen ved tredje opphold. For kvinner er nivået av fysisk aktivitet ved tredje opphold omtrent tilbake på nivået ved oppstart, mens menn fortsatt ligger en del høyere sammenlignet med oppstart.

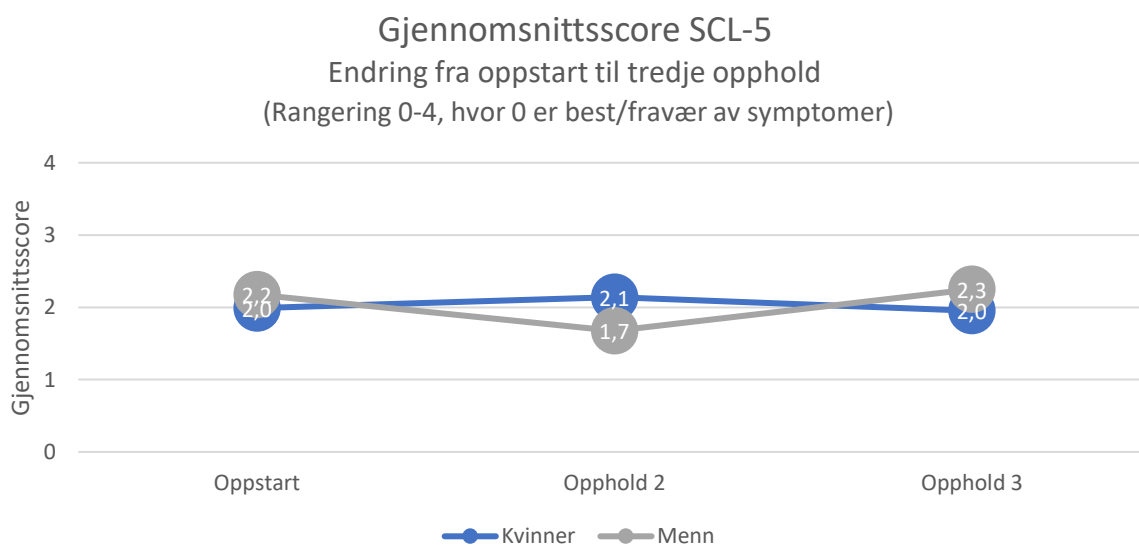
¹ MET er en forkortelse for «Metabolic Equivalent of Task» og er et uttrykk for en persons energiforbruk ved ulike aktiviteter. Referanseverdien (1 MET) er 3,5 ml O₂/kg kroppsvekt, noe som tilsvarer en persons energiforbruk sittende stille. Til sammenligning vil gange tilsvare omtrent 3,3 MET. Eksempelvis vil da 30 min gange 5 dager i uken gi et totalt ukentlig energiforbruk på 495 MET-min/uke (3,3 MET x 30min. x 5 dager). Anbefalingene fra norske helsemyndigheter er minimum 600 MET-min/uke, som tilsvarer ca. 150 minutter med moderat fysisk aktivitet (f.eks. rask gange) i uken.



Angst og depresjon (Hopkins Symptom Checklist – SCL-5)

Hopkins Symptom Checklist 5 (SCL-5) er et generelt symptominstrument som har til hensikt å måle grad av angst og depresjon. Spørsmålene skåres fra 0 til 4 og det regnes ut en gjennomsnittsscore, der 0 betyr fravær av symptomer og 4 er maksimal symptombelastning.

Figuren under viser at gjennomsnittlig score for utvalget (N = 25) fra oppstart av rehabiliteringsforløpet til tredje opphold endrer seg relativt lite. Menn synes å oppleve en liten reduksjon i symptomer ved andre opphold, men er ved tredje opphold tilbake på omtrent samme gjennomsnittsscore som ved oppstart. For kvinner er tendensen motsatt, med en minimal økning av symptomer ved andre opphold, for så å ha samme gjennomsnittsscore ved tredje opphold som ved oppstart.



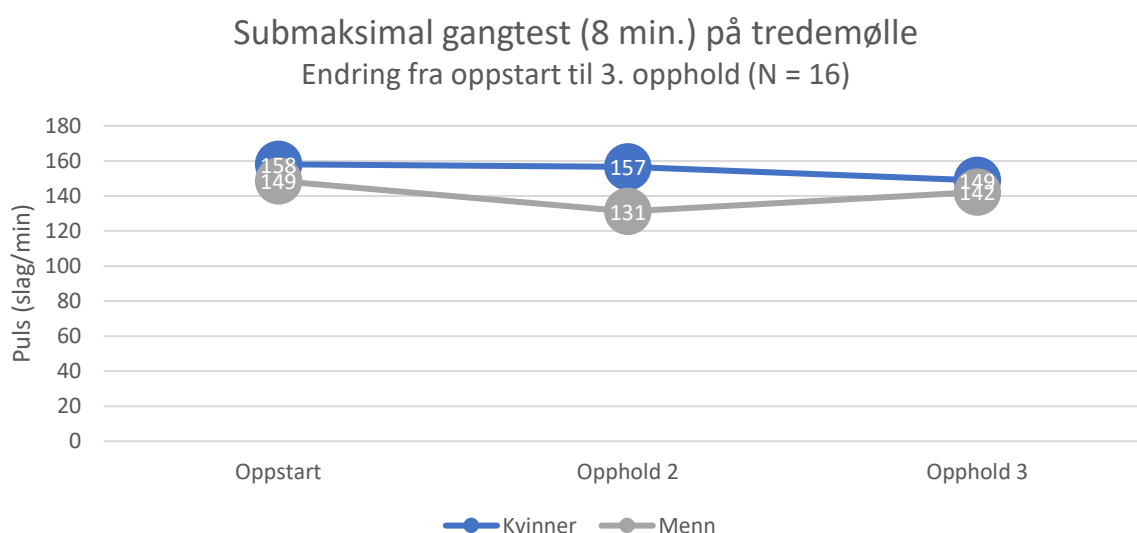
Fysiske tester

Under rehabiliteringsoppholdene for voksne gjennomføres det som regel en eller flere fysiske tester for å kartlegge fysisk kapasitet og funksjon hos den enkelte. Testene gjennomføres både ved oppstart og avreise, slik at det er mulig å måle endring, og dermed utbytte av rehabiliteringen når det gjelder fysisk kapasitet.

Valg av fysiske tester gjøres på bakgrunn av en faglig vurdering i det tverrfaglige teamet rundt pasientene, og baseres blant annet på funksjonsnivå og den enkeltes mål for rehabiliteringen.

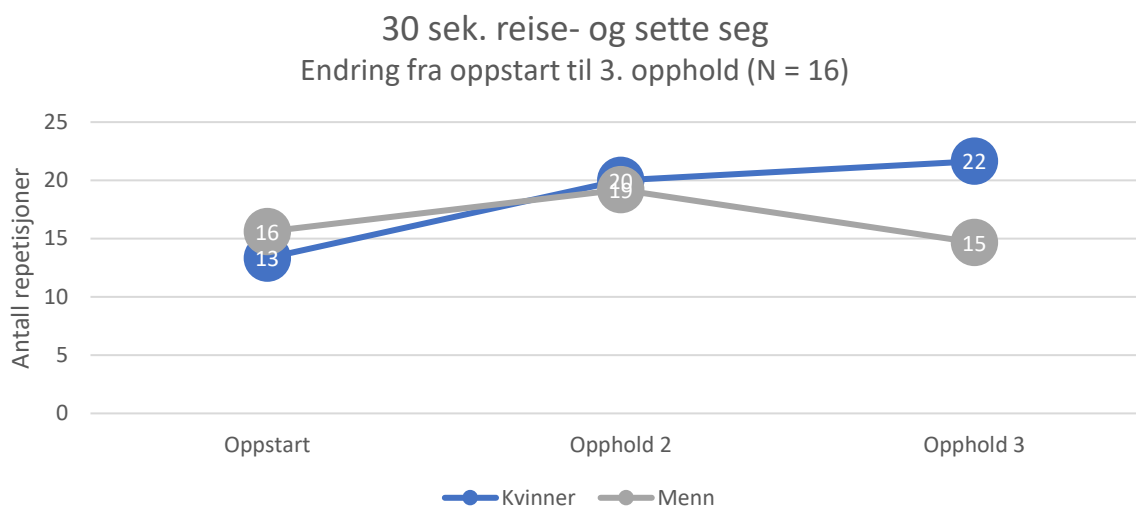
Vanligvis testes **aerob kapasitet** ved hjelp av en *submaksimal gangtest på tredemølle (8 minutter)*, hvor hjerterefrekvens når testen avslutter noteres ved både ved ankomst og avreise. I tillegg gjennomføres en **test av funksjon og styrke i beina**, kalt *30 sekunder reise- og sette seg (30 sek. RSS)*. Her er resultatet på testen antall ganger pasienten greier å reise seg opp og sette seg igjen på en stol i løpet av 30 sekunder.

Av de som er med i dette utvalget er det 16 pasienter som har gjennomført submaksimal gangtest og 30 sek. RSS både ved oppstart, andre opphold og tredje opphold (11 kvinner og 5 menn).



Figuren over viser en endring i gjennomsnittlig hjerterefrekvens som går i svak positiv retning for hele utvalget samlet (N = 16) fra oppstart til tredje opphold på submaksimal gangtest. Hos kvinner sees den største endringen fra andre til tredje opphold. For menn sees den største endringen fra første til andre opphold, og samtidig en økning i gjennomsnittlig hjerterefrekvens fra andre til tredje opphold.

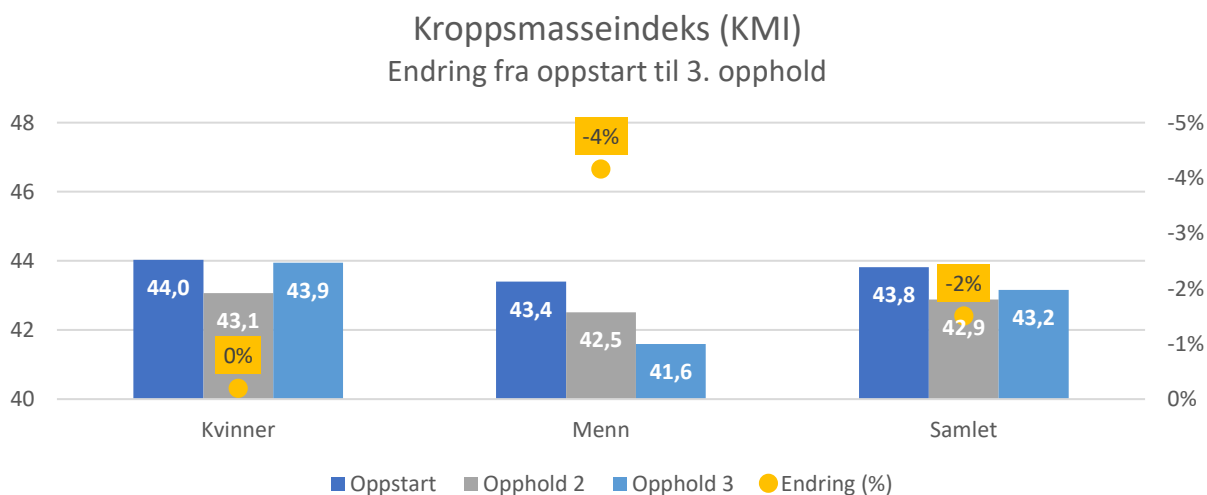
Også for 30 sek. RSS viser resultatene en forskjell i gjennomsnittsscore (antall repetisjoner) fra oppstart til tredje opphold, og også her er det forskjeller mellom menn og kvinner (se figur under).



Både kvinner og menn har en høyere gjennomsnittlig score ved andre opphold sammenlignet med oppstart, kvinner noe større økning enn menn. Mens gjennomsnittlig antall repetisjoner fortsetter å øke ved tredje opphold for kvinner, reduseres scoren for menn ved tredje opphold.

Vekt og kroppsmasseindeks (KMI)

En viktig del av resultatet man ønsker å oppnå som følge av livsstilsendringer som vektlegges på tilbudet for pasienter med sykkelig overvekt er vektreduksjon. For å følge med på utviklingen hos de enkelte måles blant annet vekt og høyde, slik at vi kan regne ut kroppsmasseindeks (KMI). Mange av våre pasienter har en KMI ≥ 35 , som er definert som alvorlig fedme (fedme grad 2). Ettersom helsefordeler ved vektreduksjon er størst hos de som har den største risikoen², er det et ønske at så mange som mulig reduserer sin KMI rehabiliteringsforløpet.



² Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt hos voksne (Helsedirektoratet)

Figuren over viser utviklingen av KMI for kvinner og menn fra oppstart til tredje opphold (N = 21). Både kvinner (n = 14) og menn (n = 7) har en relativ lik reduksjon i KMI fra oppstart til andre opphold. Fra andre til tredje opphold er imidlertid gjennomsnittlig KMI for kvinner tilbake til samme nivå som ved oppstart, mens den for mennene har blitt redusert med omtrent like mye som mellom første og andre opphold. For menn er endringen i gjennomsnittlig KMI fra oppstart til tredje opphold på 4 %, mens det for kvinner ikke sees noen endring i samme tidsrom. For utvalget samlet er det en reduksjon i gjennomsnittlig KMI på 2 % fra oppstart til tredje opphold.

Det er funnet at en moderat vektreduksjon i størrelsesorden 5–10 % gir betydelig gevinst i relatert til både blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier og lette søvnforstyrrelser³. Vi har derfor satt oss som et mål at minimum 80 % av pasienter med sykelig overvekt skal oppnå en vektreduksjon på 5 % eller mer i løpet av sitt rehabiliteringsforløp.

Dersom vi ser på utvalget av pasienter vi har data på fra oppstart til endt rehabiliteringsforløp (N = 9) har 7 av 9 (78 %) en vektreduksjon på 5 % eller mer. Tabellen under viser samtidig at andelen menn (n = 5) som har redusert vekten sin mer enn 5 % er noe høyere (80%) sammenlignet med andelen kvinner (n = 4; 75 %).

Utvalg	Kvinner	Menn	Samlet
Andel ≥5 % vektreduksjon fra oppstart til endt rehabiliteringsforløp	75 %	80 %	78 %*
Utvalgsstørrelse (N)	4	5	9

*Målsetning VHSS: ≥80 % av samlet utvalg ≥5 % vektreduksjon ved endt rehabilitering sammenlignet med vekt ved oppstart

³ Overvekt og fedme hos voksne – Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling, Helsedirektoratet