



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det Helsevitenskapelige Fakultet

Utfordringer og suksessfaktorer ved rehabilitering av sykkelig overvektige i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge

En observasjonsstudie som tar utgangspunkt i pasientenes og behandlernes erfaringer ved behandlingen av fedme

Therese Agnethe Uglebakken

Masteroppgave ved Profesjonsstudiet i Medisin, Med-3950, MK-2014.
2019.



Forord

Oppgaven angående rehabilitering av sykelig overvektige i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge kartlegger pasientens syn om utfordringer og suksessfaktorer ved gitt rehabilitering. Det tas også utgangspunkt i de tverrfaglige teamene ved to rehabiliteringsklinikker og fastlegers erfaringer angående rehabilitering av sykelig overvektige. Fra start av prosjektet og oppgaven var vi fokusert på at vekt ikke skulle være hovedfokuset, da det i dag finnes mange studier som har dette som fokus, samt at samfunnet i dag er svært opptatt av vekt. Likevel som et bifunn under analysene deler vi pasientene inn i to grupper ut ifra oppgitt vektendring for å se etter forskjeller mellom gruppene, som et delmål og av interesse. Resultatene blir derfor omfattende, dog forhåpentligvis bygger dette videre interesse og grunnlag for flere studier innenfor et økende fagfelt.

Ved interesse for temaet var veileder Maria Arlèn Larsen et naturlig valg. Larsen, PhD-stipendiat på overvekt, ernæring og lipid metabolisme og medisinsk ansvarlig ved Skibotn Helse og Rehabilitering. Ved mitt tredje år i medisinstudiet holdt hun en inspirerende forelesning angående fedme og sykelig overvekt. Elektronisk spørreskjema laget i samarbeid med Larsen og de representerende klinikkene ble sendt ut til pasientene vår og sommer 2018. Møtet med ansvarlig sykepleier Torun Dreyer ved Senter for Sykelig Overvekt ved Universitetssykehuset i Nord-Norge ble gjennomført våren 2018. I samarbeid med Larsen og de representerende klinikkene begynte innsamlingen av data både fra pasientene, de tverrfaglige teamene ved rehabiliteringsklinikkene og fastlegene.

Jeg vil takke mine veiledere Maria Arlèn Larsen og Jon Florholmen. Alt fra innsamling av data, utforming av datasettene, analysene og hjelp med rettelser og strukturering av oppgaven. Jeg vil også takke de to rehabiliteringsklinikkene, en spesiell takk til personellet som hjalp å innsamle data og besvare på spørsmål angående behandlingen. Sist vil jeg takke pasientene ved klinikkene som danner hoveddataene for studien.

Therese Agnethe Uglebakken

19.08.19, Tromsø.

Innholdsfortegnelse

<i>Innholdsfortegnelse</i>	0
Sammendrag	1
Introduksjon	3
<i>Etiologien bak fedmeepidemien</i>	3
<i>Fedme og sykdom</i>	3
<i>Vektreduksjon</i>	3
<i>Formålet med studien</i>	5
Materiale og metode	5
<i>Studiedesign og antall deltakere</i>	5
<i>Variabler</i>	8
<i>Statistiske analyser</i>	9
<i>Referanser og litteratursøk</i>	9
Resultater	10
<i>Sykkelig overvektige ved rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</i>	10
<i>De tverrfaglige team ved rehabiliteringsklinikkene</i>	11
<i>Fastleger</i>	12
<i>Vektendring i løpet av rehabiliteringen og forskjeller mellom gruppene</i>	12
Diskusjon	14
Konklusjon	18
Referanser	20
Vedlegg	24

Sammendrag

Bakgrunn: Fedme er økende globalt, også i Norge. Konservativ behandling i form av adferdsterapi kombinert med fysisk aktivitet og lavkalori diett er et alternativ som tilbys av spesialisthelsetjenesten for sykkelig overvektige i Nord-Norge.

Formål: Hovedformålet er å se på pasientenes, det tverrfaglige rehabiliteringsteamets og fastlegers erfaringer og meninger om behandlingen av fedme, med fokus på utfordringer og suksessfaktorer. Delmål er å utforske om det er forskjell på meningene og oppgitt fremgang til de som oppgir vektreduksjon sammenlignet med de som oppgir vektoppgang under rehabiliteringen.

Metode: Elektronisk spørreskjema eller spørreskjema på papir ble delt ut til alle studiedeltakerne. Femtitte sykkelig overvektige pasienter fra to rehabiliteringsklinikker i Troms svarte på spørreskjemaet; «Stamina Helse Tromsø» og «Skibotn Helse og Rehabilitering». Erfaringer fra tverrfaglig team ved rehabiliteringsklinikkene (n=8) og fastlegene (n=118) er inkludert. Trettiseks pasienter hadde endringer i vekt, og ble inkludert for å utforske delmålet. Statistiske analyser som benyttes er frekvensanalyser oppgitt i median (IR) og ikke-parametriske tester (Mann-Whitney U-test, Wilcoxon analyse).

Resultater: Samlet rangerer pasientene seg høyere for behandlingsvariablene fysisk form (p=0.000), mental helse (p=0.000), generell helse (p=0.000), energinivå (p=0.000), livskvalitet (p=0.000) og søvn (p=0.000) sammenlignet med før rehabiliteringen. Pasientene rangerer motivasjon, mangel på oppnåelse av mål og lite variasjon i kostholdet som utfordringer ved vektreduksjon og rehabiliteringen. Både fastlegene og det tverrfaglige teamet ved rehabiliteringsklinikkene rangerte regelmessig kosthold og motivasjon som viktige faktorer for suksess ved vektreduksjon. Pasientene ønsker mer systematisk og tettere oppfølging i hjemmeperiodene i løpet av rehabiliteringen, og over halvparten (52.2%) ønsker oppfølging minimum én gang per måned. Totalt elleve pasienter oppga å gå opp i vekt og 25 pasienter oppga å gå ned i vekt. De som oppga vektreduksjon oppga også å bruke rehabiliteringsplanen mer aktivt (p=0.001), samt å bruke verktøyene i planen aktivt (p=0.000).

Konklusjon: Pasienter som behandles for fedme i spesialisthelsetjenesten opplever at motivasjon, mangel på oppnåelse av mål og lite variasjon i kostholdet er utfordringer i behandlingsforløpet, og de ønsker tettere oppfølging i hjemmeperiodene gjennom avstandsoppfølging. Rehabiliteringsteamene og fastlegene oppgir motivasjon og variert kosthold som suksessfaktorer for vektreduksjon. De pasientene som oppga vektreduksjon ilar rehabiliteringen brukte rehabiliteringsplanen og verktøyene i planen mer aktivt, enn de som gikk opp i vekt. Disse resultatene bør bekreftes i en større og lengre kvantitativ studie.

Begrepsavklaringer

HRQL – Helserelatert livskvalitet

KMI – Kroppsmasseindeks. Kalkulert av vekt (kg)/høyde (cm)²

MetS – Metabolsk syndrom

SSO – Senter for Sykelig Overvekt

SHR – Skibotn Helse og Rehabilitering

SHT – Stamina Helse Tromsø

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VLCD – Veldig lavkalori-diett

Introduksjon

Overvekt (kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 25) og fedme (KMI ≥ 30) er en økende global utfordring (1). I Norge er fedmeepidemien økende, hvor 20 % av alle norske innbyggere klassifiseres innenfor fedme (2). Midjemål korrelerer med intra-abdominalt fett, og kan også brukes for å estimere risiko hos overvektige- og fedmepasienter (3).

Etiologien bak fedmeepidemien

Etiologien bak overvekt og fedme er kompleks; en kombinasjon av redusert fysisk aktivitet, mer skjermtid (TV, datamaskiner og videospill) og en mer energitett diett er blant de viktigste faktorene (4-6). Genetikk kan gi økt risiko for utviklingen av fedme, men det er miljøet som er den sterkeste bestemmelsesfaktoren (7). En sammenheng er vist mellom overvekt og sosioøkonomi, spesielt for kvinner (8). Psykososiale faktorer relatert til stress, depresjon, vold og misbruk kan ha et kausalt forhold for utviklingen av overvekt og fedme (9, 10). Mange typer medikamenter som psykotropiske midler predisponere for vektoppgang (3), blant disse finnes de mest brukte antidepressiva (11).

Fedme og sykdom

Økt mengde intra-abdominalt fett, som kan måles via økt midjemål (kvinner ≥ 88 cm, menn ≥ 102 cm) er assosiert med 3-4 ganger økt risiko for kardiovaskulære sykdommer (høyt blodtrykk og koronar hjertesykdom) og metabolske sykdommer (diabetes mellitus type 2, fettleversykdom og kreft) (12, 13). *Metabolsk Syndrom* (MetS) er assosiert med fedme og er en kombinasjon av metabolske forstyrrelser (14). I Norge hadde 70 % av alle pasienter som fastleger henviste til spesialisthelsetjenesten MetS (15). Syndromet har en direkte årsakssammenheng til fedme eller indirekte til redusert fysisk aktivitet og usunn diett (16). Risikoen for utvikling av sykdom på grunn av fedme øker med økende KMI (17).

Vektreduksjon

Sykkelig overvekt (KMI ≥ 35 og komorbid sykdom eller KMI ≥ 40) ansees som en kronisk sykdom (18). En beskjeden vektreduksjon mellom 5-10 % fra total kroppsvekt er assosiert med redusert risiko for utvikling av metabolske sykdommer (19, 20), mesteparten av dette tilskrives redusert intra-abdominalt fett. Langvarig vektreduksjon er dessverre vanskelig å opprettholde, og tilbakefall er vanlig (21). Dette kan delvis forklares av komplekse prosesser i sentralnervesystemet, samt appetittregulerende hormoner som vedlikeholder den unormale kroppsvekten når den først er stabilisert (3, 22). Under vektreduksjon er hvilemetabolismen redusert mer enn tilsvarende vektreduksjon (23). Psykososiale faktorer tenkes å bidra til å

vanskeliggjøre livsstilsendringer, dog få studier er gjort på dette emnet tidligere. Vanlige psykologiske tilstander som depresjon har vist seg å være hyppigere hos personer med fedme, hvor også de som er deprimert har økt risiko for utvikling av fedme (24, 25). Stress både innenfor hjemmet, jobb og i samfunnet bidrar til at rutiner som behøves for langvarig vektreduksjon vanskeliggjøres. Kostnader og tilgjengelighet i forhold til aktivitetstilbud i ulike kommuner, som medlemskap (for eksempel treningssenter) og diverse fritidsaktiviteter bidrar til å sette et skille i forhold til økonomi og stedslokalisasjon (26). Variert og sunt kosthold vanskeliggjøres av dagens tilbud av sukkerholdige og fettrike matvarer, som dessverre ofte er et billigere alternativ (27). Dagens innhold av sukker, mettet fett og salt i kostholdet er høyere enn anbefalt i Norge (27).

Fedmebehandling i spesialisthelsetjenesten

I Norge er indikasjonen for fedmebehandling i spesialisthelsetjenesten $KMI \geq 40$ eller $KMI \geq 35$ og vektrelatert sykdom (for eksempel diabetes mellitus type 2, obstruktiv søvnapne, hjertesykdom, osteoartritt) (3), og fastleger henviser til dette.

Konservativ behandling i spesialisthelsetjenesten består av en kombinasjon av diett, fysisk aktivitet og adferdsterapi. Fedmeoperasjon er et annet alternativ for behandling i spesialisthelsetjenesten (3, 28). Fra et helseperspektiv bør fedmehåndteringen være et samarbeid mellom tverrfaglige profesjonelle som kan forhindre fedmerelaterte tilstander og hindre vektoppgang, dette gjelder for både konservativ og kirurgisk intervensjon (29).

Langvarig vektreduksjon og -stabilisering

Vektstabilisering er en viktig del av fedmebehandlingen da man risikerer tilbakefall og vektøkninger etter vektreduksjon. Motivasjon er en nøkkelfaktor for vellykket vektreduksjon og livsstilsendring (30). Regelmessig oppfølging i løpet av behandlingen øker motivasjon, og gir mulighet til å diskutere utfordringer, samt bedre håndtering av tilbakefall. Opplæring i forhold til å leve med en kronisk sykdom er ofte like viktig som den medisinske behandlingen. Suksessfaktorer for vektstabilisering inkluderer høyt nivå av fysisk aktivitet (en time daglig), spise lav-kalori diett, spise frokost, selvmonitorering av vekt og ha et regelmessig kosthold, selv i helger og i ferier (20). Studier viser også at de som klarer å vedlikeholde vektreduksjonen i 2-5 år har større sjanse for å vedlikeholde vektreduksjonen oppfølgende år (31).

Formålet med studien

Hovedformålet med studien er å utforske pasientenes, det tverrfaglige rehabiliteringsteamets og fastlegers erfaringer og meninger om behandlingen av fedme, med fokus på utfordringer og suksessfaktorer. Videre delmål med studien er å utforske om det er en forskjell på meningene og erfaringene til de pasientene som oppgir vektreduksjon versus de som oppgir vektøkt i løpet av behandlingen.

Materiale og metode

Studiedesign og antall deltakere

Observasjonsstudiet består av data fra tre ulike grupper, hvor data er samlet inn via spørreskjema, som deltakerne har svart på.

Totalt 53 pasienter begynte på det elektroniske spørreskjemaet, i løpet av undersøkelsen frafaller antallet pasienter til 41. Pasientene (n=50) var under rehabilitering ved to klinikker i Troms; *Stamina Helse Tromsø* (SHT) (58 %) og *Skibotn Helse og Rehabilitering* (SHR) (42 %). Inklusjonskriterier var sykkelig overvekt og pågående behandling ved en av de to rehabiliteringsklinikkene. Elektronisk spørreskjema var sendt ut til alle pasientene ved klinikkene i mai 2018, med e-post om påminnelse i august og september 2018 via klinikkene, til ca. 70 pasienter ved SHT og ca. 100 pasienter ved SHR. Spørreskjemaet ble sendt ut til alle pasienter som var under aktiv rehabilitering og fikk oppfølging av klinikkene. Spørreskjemaet med totalt 27 spørsmål kartlegger blant annet bakgrunnsfaktorer, vekthistorie, vansker med vektøpprettholdelse og rehabiliteringsplan, gjennom selvrapportering.

Spørreskjemaet var en del av kvalitetsforbedrende arbeid ved klinikkene og inneholder derfor også spørsmål som er utenfor hovedformålet til denne masteroppgaven. Alle pasientene er anonyme og har ved start av rehabiliteringen gitt skriftlig samtykke til å delta i kvalitetsforbedrende studier i forhold til rehabiliteringen. All innsamlet informasjon er basert på pasientenes egne meninger og svar. På grunn av dette var det ikke sendt søknad til *Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskning* (REK).

Andre gruppe består av åtte helsepersonell ved rehabiliteringsklinikkene; fem behandlere fra SHR og tre behandlere fra SHT. Alle i det tverrfaglige teamet til pasientene som var aktive i behandlingen svarte på spørreskjemaet, utenom en behandler ved SHT. Spørreskjema ble

sendt ut april og mai 2019 og levert inn i papirformat. Spørreskjemaet består av 18 spørsmål og kartlegger behandlerens tanker rundt pågående rehabilitering og behandling av sykelig overvektige pasienter ved klinikkene. Temaer som rehabiliteringsplan, suksessfaktorer for vektreduksjon, kompetanse og generell bakgrunnsinformasjon blir kartlagt.

Tredje gruppe består av svar fra 118 fastleger innsamlet i april og mai 2019 via elektronisk spørreskjema, som ble delt på en lukket Facebook-gruppe for fastleger med ca. 3000 medlemmer på det tidspunktet. Det elektroniske spørreskjemaet består av 23 spørsmål angående tematikken; behandling av overvekt og fedme i primærhelsetjenesten, oppfølging av livsstilsendring hos pasienter, kompetanse og tanker rundt suksessfaktorer for langvarig vektreduksjon. Spørreskjemaet var også en del av kvalitetssikringsstudie ved SHR, og det inneholdt derfor også spørsmål som er utenfor denne masteroppgavens hovedformål.

Inklusjonskriterier ved oppdeling av vektendringsgruppene var sykelig overvekt og pågående behandling ved en av de to rehabiliteringsklinikkene. Eksklusjonskriterier var pasienter som oppga å ha stabil vekt (n=4) i løpet av rehabiliteringen og de som ikke visste om det hadde gått opp eller ned i vekt i løpet av rehabiliteringen (n=2). Pasientene som ikke fullførte undersøkelsen til spørsmålet som omhandlet vektendring (n=11) ble ikke tatt med i analysene. Totalt 36 pasienter ble inkludert i vektendringsanalysene.

Ingen av spørsmålene til de tre gruppene var utarbeidet fra validerte spørreskjemaer eller testet på forhånd. Spørsmålene ble utarbeidet etter litteraturgjennomgang og i samarbeid med de representerende klinikkene.

Senter for Sykelig Overvekt ved Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø

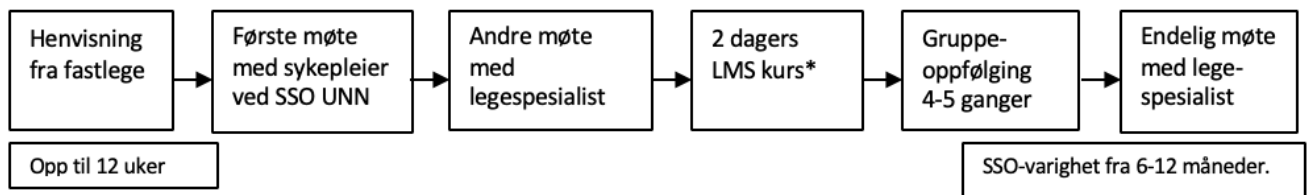
Sykelig overvektige pasienter fra Tromsø blir henvist for kartlegging og behandling ved *Senter for Sykelig Overvekt Universitetssykehuset i Nord-Norge* (SSO UNN). Tilbudet gjelder for de lokale sykehusområdene til *Universitetssykehuset i Nord-Norge* (UNN). Pasienter fra Sør-Troms får tilbud fra UNN Harstad. Pasienter fra Finnmark og Nordland får tilbud fra sitt lokale sykehus.

Ved SSO UNN får pasientene opplæring i temaene fedme, diett og motivasjon. Første møte er med en sykepleier som kartlegger anamnese, spesielt med tanke på vekt og diett. Pasientene får hjemmelekse i form av en ukes matdagbok og utfylle et motivasjonsskjema. Orienterende

blodprøver og kroppsvektsanalyse gjennomføres også. Andre møte er med en lege, her vurderes blodprøvene og motivasjonsskjemaet. Det er viktig at pasientene er i en fase hvor de har tid og motivasjon å gjennomføre prosessen og kursene (se **figur 1** for SSO UNNs programvarighet). Etter endt oppfølging ved SSO UNN (oftest ett år) kan pasienten velge videre behandling i form av rehabiliteringssenter, kirurgi eller oppfølging via fastlegen. En separat regional vurderingskomite må godkjenne søknader for rehabiliteringssenter for sykkelig overvektige.

Figur 1

Tid fra henvisning til opphold og varighet ved Senter for sykkelig overvekt (SSO) Tromsø, UNN.



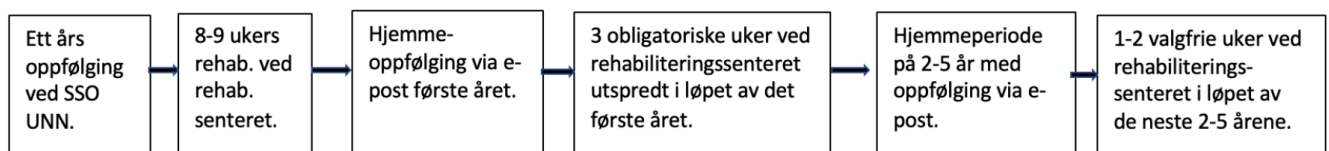
*Lærings og mestringskurs (LMS). Fokus på motivasjon, mestring og hvordan få til gode endringsprosesser. Etter SSO: Pasienter kan velge mellom rehabilitering, kirurgi eller oppfølging av fastlegen.

Stamina Helse og Rehabilitering Tromsø

SHR er et tilbud for sykkelig overvektige i spesialisthelsetjenesten, og er lokalisert i sentrum av Tromsø. De samarbeider med SSO UNN og er et tilbud for pasienter i nærheten av Tromsø. Behandlingsprogrammet består av dager med varighet fra 08:30-15:30 mandag til fredag. Pasientene er hjemme på ettermiddager, kvelder og helger. Dagsplanen består vanligvis av to daglige økter av fysisk aktivitet samt matlaging og motivasjonsmøter i grupper. Teamet er tverrfaglig, og består av psykolog, ernæringsfysiolog, lege og fysioterapeut. I hjemmeperioder har pasientene oppfølging via e-post (se **figur 2** for programvarighet ved SHT).

Figur 2

Plan for antall opphold og tidslinje ved Stamina Helse- og Rehabiliteringssenter for sykkelig overvektige i Tromsø. Opp til 5 års oppfølging.



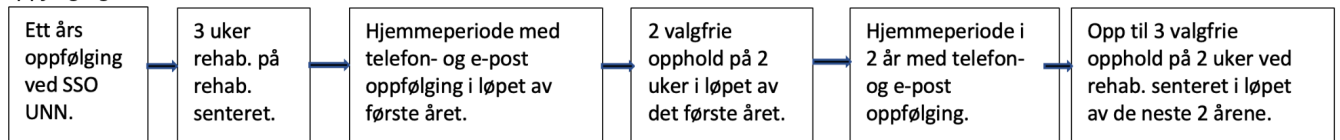
Skibotn Helse og Rehabilitering

SHR samarbeider med SSO UNN. Rehabiliteringssenteret ligger i Skibotn, hvor de har rehabilitering av mange ulike sykdommer og tilstander, de har et eget program for sykkelig

overvektige. Behandlingen gis av et tverrfaglig team hvor møter, da ofte i grupper i form av fysisk aktivitet, praktisk matlaging og motivasjon står sentralt. Første opphold varer i tre uker og pasientene oppholder seg på rehabiliteringssenteret under hele behandlingen. Fokus er kartlegging, målsetting og gi verktøy som rehabiliteringsplan som pasientene kan ta med hjem. Andre opphold har fokus på veiledning i forhold til mål, motivasjon og kunnskap. Mellom oppholdene er pasientene hjemme og har kontakt med kontaktperson ved SHR gjennom telefon og/eller e-post (Se **figur 3** for programvarighet ved SHR). Pasienter betaler en sum på 140 NOK per dag under deres opphold. I 2019, om brukerbeløpet overstiger 2085 NOK, kan pasientene få frikort basert på “egenandelstak 2”, som er et samarbeid med Helse Nord Regionale Helseforetak.

Figur 3

Plan for antall opphold og tidslinje ved Skibotn helse og rehabiliteringssenter for sykkelig overvektige. Opp til 3-års oppfølging.



Rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringsplanen brukes som et verktøy ved begge rehabiliteringsklinikkene for sykkelig overvekt i Nord-Norge. Klinikken har ulike planer, men prinsippene er de samme. Planen er et verktøy for kartlegging av pasientens utfordringer og ressurser. Den kartlegger pasientens mål både kort- og langsiktig med tanke på livsstils- og vektendring. Den brukes også under oppfølging i hjemmeperioder. Planen brukes av både pasient og fagteamet ved rehabiliteringssenteret.

Variabler

Se vedlegg 2 til 4 for spørreskjema utlevert til pasientene, det tverrfaglige teamet ved rehabiliteringsklinikkene og fastlegene.

For hovedformål og delmål for pasientene blir bakgrunnsfaktorer (kjønn, alder og opphold) beskrevet to ganger; hele gruppen samlet og gruppen delt i to ut ifra oppgitt vektendring på tidspunktet de svarte på det utleverte spørreskjemaet.

Hovedformålet tar for seg hele gruppen som enhet hvor antall pasienter varierer fra maks 53 til rundt 40, dette beskrives fortløpende under resultater. De fleste variabler er rangert på en skala fra 1 (dårlig) til 5 (veldig bra). For behandlingsvariabler rangert før og under

rehabiliteringen (f. eks. fysisk form og mental helse) rangeres de fra 1 (dårlig) til 10 (veldig bra).

For det tverrfaglige teamet på rehabiliteringsklinikkene og fastlegene oppgis svarprosent forløpende. Alle variabler, foruten bakgrunnsvariabler er rangert på en skala fra 1 (dårlig) til 5 (veldig bra).

Pasientene ble delt inn i to vektendingsgrupper, som et delmål. Det bemerkes at dette er pasientenes oppgitte vektreduksjon på tidspunktet for svar på spørreskjemaet, og det er ikke tatt tall fra behandlingen. På grunn av lite antall personer i gruppen “stabil vekt” og “vet ikke” samt liten klinisk relevans ble disse personene ekskludert fra analysene. I forhold til oppgitt vektreduksjon i kilogram (kg) oppga 21 av 25 av de som «gikk ned i vekt» antall kg de hadde mistet med et gjennomsnitt på 16,38 kg. Kun tre av elleve som «gikk opp i vekt» oppga antall kg de hadde lagt på seg med et gjennomsnitt på 10 kg. På grunn av manglende svar i antall kg for de som oppga vektøppgang, blir ikke oppgitt kg brukt i resultater.

Statistiske analyser

Data brukt i oppgaven er kategoriske, ikke-normalfordelte data. Svar fra studiedeltakerne, de tverrfaglige rehabiliteringsteamene og fastlegene blir presentert som frekvenser og deskriptive analyser presenteres i prosent av frekvens eller median (interkvartilbredden). Non-parametriske analyser (*Mann-Whitney U-test* og *Wilcoxon analyse*) er brukt ved test av nominale og ordinale data. *Kji-kvadrat* er brukt for analyse av nominale data med *Fishers Exact test* for vurdering av nullhypotese.

Alle analyser ble gjennomført med statistikkprogrammet SPSS versjon 25 for Macintosh. Statistisk signifikans er definert på 0.05 nivå.

Referanser og litteratursøk

Gjennomgang av eksisterende litteratur er via søk i databasen PubMed. Søkeord som “weight-loss maintenance”, “weight regain prevention”, “scale weighing”, “self-regulation strategies”, “behavioral strategies” and “psychological strategies” ble brukt, inkludert “WHO – Obesity 2018” og “Helsedirektoratet Forebygging av Overvekt og Fedme - Nasjonale Faglige Retningslinjer”. Referanselisten er i Vancouver-stil, hvor Endnote er brukt.

Resultater

Sykelig overvektige ved rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Femtire pasienter begynte på spørreskjemaet. Samlet (n=53) hadde de en median antall opphold på fire ganger, som tilsvarer elleve uker (8+1+1+1) ved SHT og ni uker (3+2+2+2) ved SHR. Dette tilsvarer minst en til to års rehabilitering, da det går tid mellom behandlingsukene ved klinikkene, inkludert hjemmeoppfølging imellom behandlingsukene for begge klinikkene. Antall pasienter (n=50) ved de ulike klinikkene var 29 (58,0 %) ved SHT og 21 (42,0 %) ved SHR. Av deltakerne (n=42) var 29 (69,0 %) kvinner. Av pasientene (n=42) var 25 (59,5 %) pasienter mellom 51-67 år gammel og 13 (31,0 %) pasienter mellom 36-50 år gammel.

Vurdering av vektreduksjon, ventetid og oppfølging

Ved sammenligning av oppgitt vektreduksjon under flere instanser (n=52), rangeres vektreduksjon ved rehabiliteringssenter (Mdn: 5.0/5. IR: 1.0) bedre enn hos fastlege (Mdn: 2.0, IR: 2), oppfølging ved SSO UNN (Mdn: 3.0. IR: 2) og vektreduksjon på egen hånd (Mdn: 2.0, IR: 3). Ventetiden fra fastlege til SSO UNN og rehabiliteringssenter rangeres av pasientene (n=47) som verken tilstrekkelig eller ikke (Mdn: 3.0/5 IR: 4).

Oppfølging av kontaktperson (ett medlem av det tverrfaglige teamet) under rehabiliteringen rangeres av pasientene (n=47) som verken tilstrekkelig eller ikke (Mdn: 3.0/5. IR: 2), og frekvensen av oppfølgingen rangeres (n=52) som sporadisk; mindre enn en gang i måneden (Mdn: 3.0/5. IR: 2). Pasientene (n=47) er enige at om oppfølgingen under hjemmeperiodene var jevnere og mer systematisk ville det muligens ført til bedre rehabiliteringsresultat (Mdn: 4.0/5. IR: 2). Av pasientene (n=44) ønsket 23 pasienter (52,3 %) å følges opp en gang i måneden.

Bedring av helserangering under behandling

Alle variabler (fysisk form, mental helse, energi nivå, generell helse, søvn og livskvalitet) var rapportert signifikant bedre under behandling ved rehabiliteringssentrene sammenlignet med tidligere oppgitt nivå, resultatene gjelder samlet for alle pasientene. (se **tabell 1**).

Tabell 1

Wilcoxon analyse av variabler rangert før sammenlignet med under rehabilitering av pasientene

Variabler	Før behandling			Under behandling			Z-verdi	P-verdi
	Mdn.	IR	N	Mdn.	IR	N		
Fysisk form	4.0	2	53	7.0	2	42	-4.44	0.000*
Mental helse	5.0	3	53	7.0	2	42	-3.86	0.000*
Energi nivå	5.0	2	53	7.0	3	42	-4.38	0.000*
Generell helse	5.0	4	53	7.0	3	42	-3.73	0.000*
Søvn	5.0	3	53	7.0	3	42	-4.07	0.000*
Livskvalitet	5.0	3	53	7.0	2	42	-4.10	0.000*

Alle variabler er rangert fra 1 (dårligst) – 10 (veldig bra)

*= <0.05.

Rehabiliteringsplanen

Pasientene (n=48) er enige om at de har kunnskap hva rehabiliteringsplanen inneholder (Mdn: 4/5. IR: 1). I forhold til å bruke planen aktivt (Mdn: 3/5. IR: 2) og bruke verktøyene i planen (Mdn: 3/5. IR: 2) svarer de samlet verken eller. Pasientene er delvis enig til enig om at de synes planen er nyttig (Mdn: 3.5/5. IR: 2)

Utfordringer ved vektreduksjon

Faktorer som pasientene (n=41) angir bidrar mest til at det er vanskelig å opprettholde vektreduksjon over tid er tap av motivasjon (Mdn: 4.0/5. IR: 2), mangel på oppnåelse av mål som forventet (Mdn: 4.0/5. IR: 1), sykdom eller smerter (Mdn: 4.0/5. IR: 3) og matlei eller for lite variert mat (Mdn: 4.0/5. IR: 2)

De tverrfaglige team ved rehabiliteringsklinikkene

Åtte personell av totalt ni mulige (89 %) fra SHT og SHR svarte på spørreundersøkelsen, syv (87.5 %) personell fullførte hele undersøkelsen. Totalt tre personell fra SHT og fem personell fra SHR. De består av to leger, fire fysioterapeuter, en ernæringsfysiolog og en sykepleier, alle utenom en var kvinner.

Viktige rangerte bakgrunnsfaktorer blant de tverrfaglige teamene for å lykkes med rehabiliteringen er kosthold (5.0/5. IR: 1.0) og mental helse (inkludert stress) (5.0/5. IR: 1.0). Tidligere vektreduksjon er rangert mindre viktig (Mdn: 2.0/5. IR: 0.0).

Rehabiliteringsplanen er rangert av de tverrfaglige teamene som et godt verktøy for sykkelig overvektige pasienter under rehabilitering (Mdn: 5.0/5. IR: 2.0) samt for de som behandlere (Mdn: 5.0/5. IR: 2.0). De rangerer seg med god kjennskap til planen (Mdn: 4.0/5. IR: 2.0).

De tverrfaglige teamene opplever at pasientene er mest fornøyd med kosthold (Mdn: 4.0/5. IR: 0.5) og fysisk form (Mdn: 4.0/5. IR: 0.25) etter endt rehabilitering, hvor vektreduksjon (Mdn: 3.0/5. IR: 0.75) og mental helse (Mdn: 3.5/5. IR: 2.0) rangeres noe lavere.

Best rangerte suksessfaktorer av de tverrfaglige teamene for vektreduksjon og -stabilisering er regelmessig kosthold (Mdn: 5.0/5.0 IR: 0.0), motivasjon (Mdn: 5.0/5.0. IR: 0.0), regelmessig monitorering (Mdn: 5.0/5.0. IR: 1.0) og variert kosthold (Mdn: 5.0/5. IR: 1.0). Høy grad av fysisk aktivitet rangeres viktig men noe lavere (Mdn: 4.0/5. IR: 1.0) i forhold til de andre faktorene.

Fastleger

Hundre og atten leger begynte på det elektroniske spørreskjemaet, 76,6 % var fastleger og 17,8 % var sykehusleger, for enkelthets skyld blir gruppen videre kalt for fastleger.

Gjennomsnittlig aldersintervall var mellom 26-58 år. Det var flest kvinner på 74,5 %. 51 (43.2 %) fastleger gjennomførte det elektroniske spørreskjemaet.

Høyest rangerte suksessfaktorer av fastlegene (n=65) for langvarig vektreduksjon var regelmessig kosthold (Mdn: 5.0/5. IR: 1.0) og motivasjon (Mdn: 5.0/5. IR: 0.0). Andre viktige faktorer er sosial støtte (Mdn: 4.0/5. IR: 1.0), god mental helse (Mdn: 4.0/5 IR: 1.0) og variert kosthold (Mdn: 4.0/5. IR: 1.0). Vektmonitorering (Mdn: 3.0/5. IR: 1.0) og høy grad av fysisk aktivitet (Mdn: 3.9/5. IR: 1.0) rangeres noe lavere av fastlegene som suksessfaktorer.

Enkelhetsgraden for henvisning til spesialisthelsetjenesten for sykkelig overvektige pasienter rangeres av fastlegene (n=59) som verken eller (Mdn: 3.0/5. IR: 2.0).

Vektendring i løpet av rehabiliteringen og forskjeller mellom gruppene

For å sammenligne vektendringsgruppene blir det tatt utgangspunkt i 36 pasienter, 25 pasienter oppga å gå ned i vekt og elleve pasienter oppga å gå opp i vekt i løpet av rehabiliteringen. 14/35 (40 %) fra SHR og 21/35 (60 %) fra SHT (n=35). Antall opphold har en median på 4.0 (IR: 2), henholdsvis elleve uker på SHT og ni uker ved SHR. Av deltakerne

var 25/36 (69.4 %) kvinner. Av pasientene var 21/36 (58.3 %) mellom 51-67 år og 13/36 (36.1 %) mellom 36-50 år.

Ingen signifikant forskjell mellom oppgitt vektendring i forhold til alder, kjønn og rehabiliteringssenter ved sammenligning av gruppene. Ingen forskjell mellom vektendringsgruppene ved sammenligning av tidligere oppgitt/før behandling rangering av fysisk form, mental helse, energi nivå, generell helse, søvn eller livskvalitet.

Antall opphold i uker ved rehabiliteringssentret og vektendring

En assosiasjon vises mellom oppgitt vektendring og oppgitt antall ukers behandling hvor de som oppga å gå opp i vekt hadde flere opphold (Mdn: 10. IR: 2.5) i forhold til de som oppga å gå ned i vekt (Mdn: 11.5. IR: 2.5) og den rangerte forskjellen var signifikant (U: 69.0. p=0.038).

Helserangering under behandling i forhold til oppgitt vektreduksjon

Det var en assosiasjon mellom oppgitt vektreduksjon og bedre rangering i forhold til fysisk form, energi nivå, generell helse og livskvalitet sammenlignet med de som oppga vektøppgang under behandling. Rangert mental helse og søvn viste ingen klar assosiasjon i forhold til oppgitt vektendring under behandling. (Tabell 2)

Tabell 2

Mann Whitney U-test av variabler rangert under rehabilitering i forhold til oppgitt vektreduksjon eller -oppgang

Variabler	Oppgitt vektreduksjon		Oppgitt vektøppgang		n	U-verdi	P-verdi
	Mdn.	IR	Mdn.	IR			
Fysisk form	8.0	3	6.0	4	36	76.5	0.032*
Mental helse	8.0	1	6.0	3	36	93.0	0,117
Energi nivå	8.0	2	6.0	4	36	70.5	0.019*
Generell helse	8.0	2	5.0	3	36	63.5	0.008*
Søvn	7.0	2	5.0	3	36	90.5	0.105
Livskvalitet	8.0	2	6.0	4	36	66.0	0,011*

Alle variabler er rangert fra 1 (dårligst) – 10 (veldig bra)

**= <0.05.*

Behandlingsplan og -verktøy sammenlignet med oppgitt vektendring

Ved sammenligning av vektendring og rehabiliteringsplan er det en klar assosiasjon mellom bruk av plan og vektreduksjon (Tabell 3). De som oppga å gå ned i vekt rangerte at de brukte planen aktivt og brukte verktøyene i planen i større grad enn de som oppga å gå opp i vekt,

den rangerte forskjellen er signifikant. Ingen assosiasjon mellom oppgitt vektendring og rangert kunnskap hva planen inneholder eller nytteverdi av planen. (Tabell 3).

Tabell 3

Assosiasjon mellom bruk av rehabiliteringsplan under behandling og vektreduksjon eller – oppgang ved bruk av Mann Whitney U-test.

Rehabiliteringsplan	Oppgitt vektreduksjon		Oppgitt vektøppgang		U-verdi	P-verdi
	Mdn.	IR	Mdn.	IR		
Vet hva planen inneholder	4.0	1	4,0	2	36 131.0	0.839
Aktiv bruk av planen	4.0	1	2,0	2	36 44.0	0.001*
Bruk av verktøy i planen	4.0	2	2,0	1	36 103.0	0.000*
Synes planen er nyttig	4.0	2	3,0	1	36 97.5	0.172

All gradering av rehabiliteringsplan er fra 1 (veldig liten grad) til 5 (veldig stor grad).
Mdn= median. IR= Interkvartil bredden. *=<0.05.

Diskusjon

Suksessfaktorer og utfordringer ved rehabilitering av sykkelig overvektige fra pasientens, det tverrfaglige rehabiliteringsteamet og fastlegers perspektiv

Samlet hadde pasientene høyere rangering fra basislinjen på flere behandlingsvariabler; fysisk form, mental helse, generell helse, søvn, energi nivå og livskvalitet sammenlignet med tidligere. Dette kan i det lange løp, som ligger utenfor denne studien, gi motivasjon til å forandre livsstil og etterhvert gi langvarig vektøpprettholdelse som kan gi mindre morbiditet og fremtidig sykdom. Fedme er som tidligere nevnt klassifisert som en kronisk sykdom, slik at mestring av egen sykdom og bedre livskvalitet burde være ett mål i seg selv. Det kan diskuteres om enhver intervensjon vil øke slike selvrapporterte verdier fra utgangspunktet. Spesielt interessant er det om disse rangeringene holder seg økt over tid, hvor flere studier med ett mer passende studiedesign er av betydning for fremtiden.

Tettere oppfølging i hjemmeperiodene bemerkes av pasientene som en mulig faktor som kan gi bedre resultater fra rehabiliteringen. Selv om oppfølgingsfrekvens etter behandling reduseres over tid og skifter fra personlig- til telefonoppfølging, har studier vist at slik oppfølging egner seg som et verktøy for å øpprettholde vektreduksjon (32). Gruppemøter gir anledning for økt sosial aktivisering, dele lignende erfaringer og utfordringer (33).

Gruppeoppfølging har vist seg å gi samme vektreduksjon som individuell oppfølging, selv for de som foretrukket individuell oppfølging (34). Både lengre oppfølging og gruppemøter har

potensialet å øke pasientens motivasjon og bidra til vektstabilisering. I fremtiden kan muligens økende bruk av E-helse og internettmøter øke adherensen til oppfølgingen, hvor man også har mulighet å gjøre dette i grupper. Med tanke på kostnadseffektivitet kan dette bidra til fordeling av ressurser til enda flere sykelig overvektige pasienter, men dette må videre studier avgjøre.

Mangel på motivasjon rangeres av pasientene som en av grunnene til at det er vanskelig å opprettholde vektreduksjon over tid, hvor både de tverrfaglige teamene og fastlegene rangerer motivasjon som en viktig faktor for langvarig vektoppredholdelse. Motivasjon kan sees i sammenheng med pasientens mål. Om pasientens vekt mål er større og mer ambisiøs enn hva som er realistisk kan det hende pasientene aldri blir fornøyd og mister motivasjon. Ved å realitetsundervise pasientene og stadig påminne om helseeffektene ved 5-10 % vektreduksjon kan oppnåelse av dette øke motivasjonen (35).

Mangel på måloppnåelse er indikert av pasientene i studien som en faktor som gjør det vanskelig å opprettholde vektreduksjon over tid. Studier har vist at signifikant vektreduksjon innen det første året av en vektendringsintervensjon har vist suksess innenfor vektstabilisering følgende år (36, 37). Samtidig har studier vist at hastigheten av vektreduksjonen ikke nødvendigvis har så mye å si når kroppen er kommet tilbake i normalmodus med tanke på kroppssammensetning og hormoner (38).

De tverrfaglige rehabiliteringsteamene nevner vekt-monitorering som en viktig faktor for opprettholdelse av vektreduksjon og -stabilisering over tid. Fastleger derimot rangerer denne variabelen lavere med tanke på langvarig vektreduksjon. Studier har vist at regelmessig måling av vekt bidrar til vektstabilisering (36). Pasienter kan lære hvordan vekten kan brukes som et verktøy for å regulere fysisk aktivitet og begrense matinntak, hvor mangel på tilbakeholdenhet av fristelser ved få tilfeller ikke nødvendigvis gir vektendring, dette kan snu en dårlig sirkel før det fører til vektoppgang (39). Det kan diskuteres om ulike rangering av vekt-monitorering som suksessfaktorer av de tverrfaglige teamene og fastlegene i vår studie muligens virker som en motarbeidende faktor for pasienter med fedme, da konsistent opplæring og god kunnskap er viktig for oppfølgingen. Mangel på konkrete spørsmål angående vekt-monitorering til pasienter i studien vår gjør at det ikke kommer fram som et verktøy som pasientene bruker under rehabiliteringen. Flere studier angående selv-

monitorering, spesielt i forhold til langvarig vektstabilisering behøves, og pasientenes syn og opplevelse på dette er viktig i en fremtidig studie.

Pasientene rangerer lite variasjon i kostholdet som en faktor som gjør langvarig vektreduksjon vanskelig. Kosthold både i form av regelmessig og god variasjon rangeres av både de tverrfaglige teamene og fastlegene som suksessfaktor for langvarig vektstabilisering. Veldig lavkalori diett (VLCD) har vist seg å gi vektreduksjon kortsiktig men vektoppgangen er i mange tilfeller så store at tradisjonelle dietter har vist seg å være bedre for vektstabilisering på langsikt (40). VLCD sammenlignet med egendefinert diett med samme randomisering til vektreduksjon oppfølging (ansikt-ansikt, telefon eller ingen oppfølging) viste at kun selvdefinert diett klarte å vedlikeholde vektreduksjonen etter 18 måneder. VLCD viste ingen signifikant vektdifferanse sammenlignet med selvdefinert diett etter seks måneder (41).

Både fastlegene og de tverrfaglige teamene rangerer fysisk aktivitet lavere for langvarig vektreduksjon enn kosthold og motivasjon. Studier som sammenligner fysisk aktivitet mot diett har vist at diett isolert sett gir mer vektreduksjon (42). Langsiktige studier har vist at kombinasjonen av diett og fysisk aktivitet gir best resultat, sammenlignet med diett og fysisk aktivitet alene (42, 43).

Kjennetegn blant de som oppga vektreduksjon under rehabiliteringen

De som rapporterte å gå ned i vekt ved gjennomføring av studien oppga å bruke rehabiliteringsplanen og verktøyene i planen mer aktivt sammenlignet med de som rapporterte å gå opp i vekt. Barrierer for suksessrikt vektreduksjon spesielt over tid, har vist seg å være manglende opprettholdelse av adferdsregimer (44). Tilslutning til diett, fysisk aktivitet, gruppeoppmøte og selvmonitorering er relatert til både initial- og langtidsvektreduksjon (45-47). Det å følge en plan som rehabiliteringsplanen ved klinikkene kan muligens bidra sykkelig overvektige pasienter til å vedlikeholde vektreduksjon over tid.

Studien vår viser det en assosiasjon mellom bedre rangert livskvalitet og vektreduksjon. Andre studier som har sammenlignet helserelatert livskvalitet (HRQL) har vist et positivt forhold mellom mengde vektreduksjon og HRQL (48, 49). Andre studier viser en ikke like klar sammenheng (37, 38). Ved sammenligning av fedme og depresjon og/eller angstproblematikk har det også vist en synergisk sammenheng i forhold til HRQL (50). En begrensning med vår og andre studier er hvordan denne parameteren er målt og om hvordan

vektreduksjon affiserer den over lengre tid. Økt livskvalitet og mindre sykdom har potensialet å gi adferd som forbedrer behandlingsoppretholdelse.

Pasienter med rapportert vektoppgang oppga flere opphold i uker på rehabiliteringssenteret. Oppsummerende studier på dette emnet er delt, noen studier viser at det ikke er antall opphold som gir vektreduksjon (33) mens andre viser at intervensjoner med flere opphold (12-24 opphold/uker) gir bedre vektreduksjon første år av behandlingen (51). En RCT studie sammenligner 16 og 24 ukers behandling med lignende vektreduksjon ved to års oppfølging. Kost-effektive analyser fra samme studie favoriserte 16 ukers behandling (52). En mulig forklaring på flere opphold blant de som gikk opp i vekt, kan være at pasienten ble oppmuntret av kontaktpersonen ved klinikken å gjennomføre flere opphold for å snu trenden. Det kan også være mange andre faktorer som spiller inn, blant annet vanskelighet med vektstabilisering, ikke tilstrekkelig oppfølging i hjemmeperiodene eller at pasienten synes det er vanskelig å holde motivasjonen oppe over lengre tid. I tillegg bør både effektivitet og kostnader være med i beregningen når antall behandlingsuker og mengden oppfølging mellom behandlingsoppholdene skal standardiseres.

Styrker ved studien

Styrker med studien var at studiepopulasjonen var i en reell klinisk setting. Antall pasienter og fastleger var et tilfredsstillende antall tatt utgangspunkt i at spørreskjemaet var sendt elektronisk på e-post til pasientene og via en Facebook-gruppe for fastlegene. Antall representerte behandlere ved klinikkene var tilstrekkelig med tanke på utgangspunktet i to rehabiliteringsklinikker i Nord-Norge, og at svarprosenten ved klinikkene var 89 %. Tredje styrke var at studien fokuserer på svar fra både pasientperspektivet og fra helsepersonell med tanke på fedme og sykkelig overvekt i primær- og spesialisthelsetjenesten, et tema som i liten grad har vært studert i Norge, ikke minst Nord-Norge tidligere. Studien imøtekommer også brukermedvirkning, noe som er viktig i behandlingen, og som kan bidra til en mer treffsikker utforming av tilbudet til sykkelig overvektige i fremtiden. Dette må dog bekreftes med større kvantitative studier over lengre tid. Studien viser en mulig sammenheng mellom rehabiliteringsplan og oppgitt vektreduksjon, som videre bør bekreftes via større og lengre kvantitative studier.

Svakheter ved studien

Generaliseringen er begrenset, da studien tar utgangspunkt i en liten gruppe utvalgte pasienter som via referanse av fastlege og SSO UNN både måtte oppfylle sykelig overvekt kriteriet og være motivert for livsstilsendring og vektreduksjon. Vi har som mange lignende studier en overrepresentasjon av kvinner (53). Pasienter var også spurt om å huske enkelte variabler (f. eks. fysisk form og mental helse) før rehabiliteringen, dette kan gi opphav til tilbakekallingsbias. Spørreskjemaet ble sendt ut til alle pasientene samtidig, uavhengig av hvor de i behandlingsforløpet de var. Ett annet design kunne vært at de fylte ut flere spørreskjema etter hvor i behandlingsforløpet de var. Mangel på målbar vekt er også en viktig svakhet med studien, og er en variabel som burde tas med i fremtidige studier.

Utvalget pasienter fra ca. 170 aktive rehabiliteringspasienter totalt, var det 53 (31.2 %) som svarte på det elektroniske spørreskjemaet. På grunn av frafall i løpet spørreskjema og eksklusjonskriterier hos pasientene ble antallet redusert. Frafallet kan ha betydning for resultatene hvor pasienter som var tilhenger til planen og rehabiliteringen eller de som ikke var fornøyd med programmet kan ha vært overrepresentert og kan ha gitt opphav til seleksjonsbias. Spesialistene var også preget av enten få deltakere (rehabiliteringsteamet) med god svarprosent, eller stort frafall i løpet av spørreundersøkelsen (fastlegene), som også kan ha preget resultatene. Det bemerkes at studiedesignet i seg selv er en svakhet og kan ikke konkludere rundt kausalitet eller årsakssammenhenger. Vi kan for eksempel ikke si noe om det var vektreduksjonen som ga bedre fysisk form og livskvalitet, eller omvendt.

Konklusjon

I løpet av rehabiliteringen oppgir pasientene bedring i samtlige behandlingsvariabler (fysisk form, mental helse, generell helse, energinivå, livskvalitet og søvn) sammenlignet med oppgitt nivå i forkant av rehabiliteringen. Grunnet risiko for tilbakekallingsbias, konfunderende faktorer, samt at verdiene er selvrapporert, bør disse funn bekreftes med oppfølgende studier. Utfordringer ved vektendring og rehabilitering rangert av pasientene, er motivasjon og lite variasjon i kostholdet. Oppnåelse av dette sees på som suksessfaktorer for vektreduksjon- og stabilisering av de tverrfaglige teamene og fastlegene. Mangel på oppnåelse av mål med vektreduksjon og behandlingen sees også på som en utfordring fra pasientenes side. Pasientene ønsker tettere og en mer systematisk oppfølging når de er hjemme gjennom avstandsoppfølging. Pasientene som oppgir vektreduksjon i løpet av

rehabiliteringen oppga å bruke rehabiliteringsplanen og verktøyene i planen mer aktivt, enn de som gikk opp i vekt. De tverrfaglige teamene ved rehabiliteringsklinikkene mener planen er et godt verktøy for behandler og pasient. Funn bør bekreftes i større og lengre kvantitative studier.

Referanser

1. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism: clinical and experimental*. 2019;92:6-10.
2. Jacobsen BK, Aars NA. Changes in body mass index and the prevalence of obesity during 1994-2008: repeated cross-sectional surveys and longitudinal analyses. The Tromso Study. *BMJ open*. 2015;5(6):e007859.
3. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne 2011 [cited 2017 04.10]. Nasjonale faglige retningslinjer]. Available from: www.helsedirektoratet.no
4. Maher CA, Mire E, Harrington DM, Staiano AE, Katzmarzyk PT. The independent and combined associations of physical activity and sedentary behavior with obesity in adults: NHANES 2003-06. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2013;21(12):E730-7.
5. Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Medicine and science in sports and exercise*. 2009;41(5):998-1005.
6. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *The New England journal of medicine*. 2011;364(25):2392-404.
7. Walter S, Mejia-Guevara I, Estrada K, Liu SY, Glymour MM. Association of a Genetic Risk Score With Body Mass Index Across Different Birth Cohorts. *Jama*. 2016;316(1):63-9.
8. Newton S, Braithwaite D, Akinyemiju TF. Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2017;12(5):e0177151.
9. Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2014;15(11):882-93.
10. Zhao G, Ford ES, Li C, Strine TW, Dhingra S, Berry JT, et al. Serious psychological distress and its associations with body mass index: findings from the 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *International journal of public health*. 2009;54 Suppl 1:30-6.
11. Fava M, Judge R, Hoog SL, Nilsson ME, Koke SC. Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depressive disorder: changes in weight with long-term treatment. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000;61(11):863-7.
12. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet (London, England)*. 2009;373(9669):1083-96.
13. Zhu S, Wang Z, Heshka S, Heo M, Faith MS, Heymsfield SB. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. *Am J Clin Nutr*. 2002;76(4):743-9.
14. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120(16):1640-5.

15. Halvorsen LK, Tonstad S. [The metabolic syndrome among obese patients]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2008;128(20):2305-7.
16. Wannamethee SG, Shaper AG, Durrington PN, Perry IJ. Hypertension, serum insulin, obesity and the metabolic syndrome. Journal of human hypertension. 1998;12(11):735-41.
17. McTigue K, Larson JC, Valoski A, Burke G, Kotchen J, Lewis CE, et al. Mortality and cardiac and vascular outcomes in extremely obese women. Jama. 2006;296(1):79-86.
18. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. Endocrinol Metab Clin North Am. 2016;45(3):511-20.
19. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England journal of medicine. 2002;346(6):393-403.
20. Wadden TA, Bantle JP, G.L. B, P. B, F.L. B, Bray GA, et al. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring, Md). 2014;22(1):5-13.
21. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. Journal of consulting and clinical psychology. 2001;69(4):722-6.
22. WHO. Obesity and overweight 2018.
23. Anastasiou CA, Karfopoulou E, Yannakoulia M. Weight regaining: From statistics and behaviors to physiology and metabolism. Metabolism: clinical and experimental. 2015;64(11):1395-407.
24. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. PloS one. 2016;11(6):e0157240.
25. Mulugeta A, Zhou A, Power C, Hyppönen E. Obesity and depressive symptoms in mid-life: a population-based cohort study. BMC Psychiatry. 2018;18(1):297.
26. Breivik G, Rafoss K. Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet Helsedirektoratet, Norges Idrettshøgskole, Norges Arktiske universitet 2017 Contract No.: IS-0613.
27. Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2018 Matforsyningsstatistikk og forbruksundersøkelser Rapport 2019 Februar Contract No.: IS-2804.
28. Hutcheon DA, Hale AL, Ewing JA, Miller M, Couto F, Bour ES, et al. Short-Term Preoperative Weight Loss and Postoperative Outcomes in Bariatric Surgery. Journal of the American College of Surgeons. 2018;226(4):514-24.
29. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obesity facts. 2015;8(6):402-24.
30. Santos I, Mata J, Silva MN, Sardinha LB, Teixeira PJ. Predicting long-term weight loss maintenance in previously overweight women: a signal detection approach. Obesity (Silver Spring, Md). 2015;23(5):957-64.
31. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. The American journal of clinical nutrition. 2005;82(1 Suppl):222s-5s.
32. Voils CI, Olsen MK, Gierisch JM, McVay MA, Grubber JM, Gaillard L, et al. Maintenance of Weight Loss After Initiation of Nutrition Training: A Randomized Trial. Annals of internal medicine. 2017;166(7):463-71.
33. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Aveyard P. Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-

- analysis and meta-regression. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2014;15(7):598-609.
34. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001;69(4):717-21.
 35. Rodriguez-Cristobal JJ, Alonso-Villaverde C, Panisello JM, Trave-Mercade P, Rodriguez-Cortes F, Marsal JR, et al. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):74.
 36. Thomas JG, Bond DS, Phelan S, Hill JO, Wing RR. Weight-loss maintenance for 10 years in the National Weight Control Registry. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(1):17-23.
 37. Karlsen TI, Sohagen M, Hjelmesaeth J. Predictors of weight loss after an intensive lifestyle intervention program in obese patients: a 1-year prospective cohort study. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11:165.
 38. Coutinho SR, With E, Rehfeld JF, Kulseng B, Truby H, Martins C. The impact of rate of weight loss on body composition and compensatory mechanisms during weight reduction: A randomized control trial. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2018;37(4):1154-62.
 39. Wing RR, Tate DF, Espeland MA, Lewis CE, LaRose JG, Gorin AA, et al. Innovative Self-Regulation Strategies to Reduce Weight Gain in Young Adults: The Study of Novel Approaches to Weight Gain Prevention (SNAP) Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*. 2016;176(6):755-62.
 40. Tsai AG, Wadden TA. The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2006;14(8):1283-93.
 41. Marinilli Pinto A, Gorin AA, Raynor HA, Tate DF, Fava JL, Wing RR. Successful weight-loss maintenance in relation to method of weight loss. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2008;16(11):2456-61.
 42. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014;114(10):1557-68.
 43. Schwingshackl L, Dias S, Hoffmann G. Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis. *Systematic reviews*. 2014;3:130.
 44. MacLean PS, Wing RR, Davidson T, Epstein L, Goodpaster B, Hall KD, et al. NIH working group report: Innovative research to improve maintenance of weight loss. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2015;23(1):7-15.
 45. Wadden TA, Neiberg RH, Wing RR, Clark JM, Delahanty LM, Hill JO, et al. Four-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with long-term success. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2011;19(10):1987-98.
 46. Wing RR, Papandonatos G, Fava JL, Gorin AA, Phelan S, McCaffery J, et al. Maintaining large weight losses: the role of behavioral and psychological factors. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(6):1015-21.
 47. Forman EM, Schumacher LM, Crosby R, Manasse SM, Goldstein SP, Butryn ML, et al. Ecological Momentary Assessment of Dietary Lapses Across Behavioral Weight Loss Treatment: Characteristics, Predictors, and Relationships with Weight Change. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2017;51(5):741-53.

48. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity research*. 2001;9(9):564-71.
49. Kolotkin RL, Norquist JM, Crosby RD, Suryawanshi S, Teixeira PJ, Heymsfield SB, et al. One-year health-related quality of life outcomes in weight loss trial participants: comparison of three measures. *Health and quality of life outcomes*. 2009;7:53.
50. Nigatu YT, Reijneveld SA, de Jonge P, van Rossum E, Bültmann U. The Combined Effects of Obesity, Abdominal Obesity and Major Depression/Anxiety on Health-Related Quality of Life: the LifeLines Cohort Study. *PloS one*. 2016;11(2):e0148871.
51. Leblanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2011;155(7):434-47.
52. Perri MG, Limacher MC, von Castel-Roberts K, Daniels MJ, Durning PE, Janicke DM, et al. Comparative effectiveness of three doses of weight-loss counseling: two-year findings from the rural LITE trial. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2014;22(11):2293-300.
53. Fuchs HF, Broderick RC, Harnsberger CR, Chang DC, Sandler BJ, Jacobsen GR, et al. Benefits of bariatric surgery do not reach obese men. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques Part A*. 2015;25(3):196-201.

Vedlegg

Vedlegg 1: GRADE vurdering av 5 artikler

Vedlegg 2: Spørreskjema til sykkelig overvektige pasienter ved de representerende klinikkene

Vedlegg 3: Spørreskjema til helsepersonell ved Stamina- og Skibotn Helse og Rehabiliteringssenter

Vedlegg 4: Spørreskjema til fastleger

Vedlegg 1: GRADE vurdering av 5 artikler

<p>Reference: Coutinho SR, With E, Rehfeld JF, Kulseng B, Truby H, Martins C. The impact of rate of weight loss on body composition and compensatory mechanisms during weight reduction: A randomized control trial. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2018;37(4):1154-62.</p>		<p>Study design: RCT</p>	
<p>Purpose</p> <p>Study aim to explore the impact of weight-loss (WL) rate (rapid vs gradual) on body composition and compensatory mechanisms (RMR, ExEff and appetite)</p>		<p>Grade – quality</p> <p>Ib B</p>	
<p>Material and method</p> <p>Recruitment/participants: 35 adult participants between 18-65 years old with obesity randomized to rapid (4 weeks) or gradual (8 weeks) WL.</p> <p>Inclusion and exclusion criteria: Participants had to be weight stable over the past 3 months (+-2 kg) and have a sedentary lifestyle. Women were required to have a regular menstrual cycle (28 +- 2 days). Persons with clinical significant illness, diabetes or previous WL surgery and/or taking medication known to affect appetite or induce WL were excluded.</p> <p>Basis of data: Testing was performed at baseline, after WL (5 weeks and 9 weeks for rapid and gradual WL groups), and after WL maintenance (weeks 9 and 13 for rapid and gradual WL groups).</p> <p>Outcome (validation): Body weight and composition, resting metabolic rate, exercise efficiency, appetite measurements and appetite regulating hormones.</p> <p>Exposure variables (validated/not validated): Rapid: Commercial VLCD (550/660 kcal) for 4 weeks. Gradual: LCD (1200/1500 kcal) for 8 weeks.</p> <p>Both: Weight stabilization after 1 month with individual diet. Daily food diary. Sensewear for physical activity.</p> <p>Important confounding factors</p> <p>Statistical methods Data analyzed on completers only using linear mixed-effect models (LMM). Results are expressed as mean +- SEM and sig. at level P< 0.05. Bonferroni correction was used for post hoc pairwise comparisons for fixed effects, sig level P>0.017. Trapezoid rule from 0-150 min postprandially was used to calculate AUC for appetite feelings and hormones.</p>		<p>Discussion/comments/checkpoint</p> <p>Checkpoint:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the purpose good formulated? Yes. • Who is included/excluded? (selection/generalizability): Participants with diabetes was excluded. • Was the groups equal at start? (selection/have the randomization worked?) Yes. • Randomization procedure? Web based randomization system. • Was the participants/study personnel blinded relative to group belonging? Allocation concealment was enforced. • Was the groups treated equally beyond intervention? Yes. • Primary end point – validated (classification bias)? Yes. • Was participants clarified at the end of the study? (attrition/follow-up bias) Only 1 in each group withdrew. • What is the results? Precision. Good. • Can the results transferred to practice? Yes. • Was all the outcomes rated? All outcomes were compared to similar literature. • Is the benefits worth the disadvantages/costs? Yes. • Other literature strengthening the results? Yes. <p>What do the authors discuss as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strengths: Design. Excellent compliance. All woman in the same menstrual cycle. Measurement was taken both immediately after WL and after WL maintenance. Reference methods to measure all the variables. Both groups lost the similar amount of weight. - Weakness: Low number of participants. Short follow-up period. <p>Does the results have plausible explanations? The favorable changes in appetite in the rapid WL group are likely due to the appetite suppressant effect of ketosis. Differences between groups in subjective feelings of appetite seen in the absence of differences in appetite hormones has shown in previous literature is not always correlated. Like in previous RCTs WL rate has no impact on long-term WL maintenance.</p>	
<p>Conclusion</p> <p>Weight loss rate does not seem to have a sig. impact on body composition or on compensatory mechanisms, once EB is reestablished,</p>		<p>Results</p> <p>Changes in body weight (= 9%) (P<0,001 both groups, P=0,160 between groups) and composition (fatmass (FM) P<0,001 both groups, FFM (kg, P<0,001 for both)) was similar in both groups. WL and RMR (P<0,001) decreased and ExEff at 10 W (P=0,001) increased sig in the rapid group only. Fasting and postprandial prospective food consumption decreased sig. (P= 0,004 and P=0,001), and postprandial hunger decreased sig. (P=0,003) with rapid WL only. Fasting hunger increased sig. (P=0,011) with gradual WL only (P=0,004 between groups). Basal total PYY (P=0,016 and P=0,003 for rapid and gradual), basal (P<0,001 both) and postprandial (P<0,001 both) insulin decreased sig. and similar in both groups. After weight stabilization and no ketosis, no differences between groups were found.</p>	
<p>Country</p> <p>Norway</p>			
<p>Year of data collection</p> <p>Does not say.</p>			

<p>Reference: Karlsten TI, Sohagen M, Hjelmsaeth J. Predictors of weight loss after an intensive lifestyle intervention program in obese patients: a 1-year prospective cohort study. Health and quality of life outcomes. 2013;11:165.</p>		<p>Study design: Cohort</p>			
<p>Purpose</p> <p>Identify predictors of weight loss after a one year partly residential intensive lifestyle intervention program (ILI)</p>		<p>Grade – quality</p> <p>3 C</p>			
<p>Material and method</p> <p>Population: Morbid obese from public hospitals referred to Evjeklínikken AS. N=199. Inclusion: Morbid obesity. Caucasian. Cohort: A one year ILI comprised of four (n=104) or five (n=95) stays at the rehabilitation center. One main stay of 4 weeks and remaining stays lasted 1 week each. Home periods patients was followed by telephone and GP. Measurements: HRQL (health related quality of life), diagnostic, anthropometric, socio-demographic, psychosocial and intervention characteristics at baseline, 12 weeks and 1 year. Main outcome: Weight loss >= 10 & of baseline after 1 year EWL (excess weight loss). Cofounding factors Lower mental HRQL, employment. Statistical methods: Categorical data: Chi square or fishers exact test. Continuous data: Independent samples T-test. 2 linear multivariate regression analysis.</p>		<p>Discussion/comments/checkpoint</p>			
<p>Conclusion</p> <p>Larger 12 week weight loss, being employed, lower mental HRQL and being older predicts larger weight loss at 1 year with ILI.</p>		<p>Results</p> <p>Mean (SD) 1 year weight loss 10 kg (8% reduction from baseline). Mean EWL was 20 % (range 104 to -77%). Predictors at 1 year: 12 week EWL (r=0,66) occupational status (r=0,11), age (r=0,19) and mental HRQL (r=0,16), all p<0,05. Strongest primary predictor was 12 week EWL (r=0,67, p<0,001) Diary (r=0,16), type 2 diabetes (r=-0,14) and frequency of GP visits (r=0,23) was sig. associated with EWL at 12 weeks and, therefore had an indirect effect on 1 year EWL. Path model explained 50% of variation (r²=0,50) of 1 year EWL.</p>		<p>Checkpoint:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the purpose good formulated? Yes • Is the groups recruited from the same population? (selection bias): Yes. They were selected in advance, from hospital. All Caucasian. • Was the exposed individuals representative for a defined population? No. • Was the study prospective? Yes • Was enough participants in the study followed up (attrition bias/follow-up bias): Yes. • Was there done dropout analysis (attrition bias)? Not relevant. Only 1 person did not complete. • Was the follow-up time long enough to prove positive and/or negative outcomes? Yes. • Is it taken into account confounding factors in design/ implementation/analysis? Yes. • Do you believe in the results? Yes. • Can the results transferred to the general population? Maybe. • Was all the outcomes rated? Yes. • Other literature strengthening the results? Yes. • What does the results mean for changes in practice? The most important factor for 1 year weight loss is managing high weight loss during the first 12 weeks, this can be implanted in current weight-loss and maintenance. <p>What do the authors discuss as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strengths: Only 1 person did not complete. Comparison of the results with consisting literature. - Weakness: Observation, only Caucasian, selection of participants from hospital. Study reminds of a patients-series, no group dividing. <p>Does the results have plausible explanations? Yes. Impact of initial weight loss on long term weight loss is well described in serval studies.</p>	
<p>Country</p> <p>Norway</p>					
<p>Year of data collection</p> <p>May 2006 – Nov 2010</p>					

<p>Reference: Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of consulting and clinical psychology. 2001;69(4):717-21.</p>		<p>Study design: RCT</p>	
<p>Purpose</p>		<p>Grade – quality Ib B -</p>	
<p>Material and method</p>		<p>Discussion/comments/checkpoint</p>	
<p>Examen the effects of matching participants to treatment in the basis of their preference (individual or group therapy)</p>	<p>Recruitment/participants Newspaper advertisement. 105 participants were screened by phone. 96 got a survey on what therapy they preferred. Inclusion criteria: Age 21-59. BMI: 28-45. Good health and a GP approval for participation. Exclusion criteria: Current weight loss treatment, loss of >=2 kg last month, use of appetite regulating medication. Pregnant or planning. Not willing to do a randomization. Only a "slight" preference for either group/individual therapy. Basis of data: Data: N= 75. Individual = 40. Group = 35. Randomization from preference and BMI. 4 groups: PG=20. NG=20. PI=19. NI=16*</p>	<p>Results</p> <p>Change in weight related outcomes was sig. (P=0,016). Both types of treatment produced sig. reductions in weight. Group therapy produced sig. greater decrease in body weight and BMI than individual therapy. (GT: BMI red. 4,18+-1,81 kg/m². IT: 3,28 +- 1,13 kg/m². Eta-squared=0,14 – moderate effect size. 45% in GT managed 10% weight loss, and 29 % in IT. Not significant difference (p=0,14). Participants in all conditions showed sig. improvements in psychological function from pre- to posttreatment (P<0,001). Effect size large (GS)=0,59, BDI=0,50). No sig. difference between groups. No sig. interaction effect for treatment preference or type of therapy (ps>0,20) GT had used "portion control" to greater extent than IT (P<0,05) Participants rating of therapy effectiveness showed a sig. main effect for type of therapy, favoring IT (p<0,05). At week 12-24: Participants in GT sig. reduced their calorie intake (P<0,05). In the same weeks among the IT they experienced a non sig (P<0,1), increase in calorie intake. *GT= group therapy * IT = individual therapy</p>	<p>Checkpoint:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the purpose good formulated? Yes. • Who is included/excluded? (selection/generalizability) Overweight with comorbidity is excluded, this may effect generalizability of the study population. Recruitment from newspaper, may have affected the selection as well. • Was the groups equal at start? (selection/have the randomization worked?) Groups were equal from start. • Randomization procedure? Not described. • Was the participants/study personnel blinded relative to group belonging? Participants were aware of the possibility that they could be assigned to either group or individual. • Was the groups treated equally beyond intervention? Yes. • Primary end point – validated (classification bias)? Yes. • Was participants clarified at the end of the study? (attrition/follow-up bias): 77% completed the 6-month program. Attendance rate for completers were equivalent across the 4 conditions. • What is the results? Precision. Good. • Can the results transferred to practice? Yes. • Was all the outcomes rated? No. Examined effect of main condition at posttreatment only, not long-term maintenance. • Is the benefits worth the disadvantages/costs? Yes. • Other literature strengthening the results? Yes, but not long-term effects. <p>What do the authors discuss as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strengths: Is not discussed. - Weakness: Participants not blinded of what groups there were. Participants with strong hold on GT might not have volunteered. Binge eating not assessed. Did not assess long- term maintenance for main outcome. <p>Does the results have plausible explanations? Yes. Group therapy represents a cost-efficient means of treatment delivery that provides an opportunity for enhanced social support. But long-term effects should be assessed.</p>
<p>Group therapy produced greater weight loss than individual therapy, even for those who preferred individual therapy.</p>	<p>Outcome (validation): Change in body weight (BMI) from pre- to post treatment. Compare effect of group vs individual therapy. Exposing variables (validated/ not validated) Standard cognitive-behavioral training for 26 weeks (V). Low calorie diet (V). Home-based exercise program for 30 min 6 times/week (V). Self-monitoring records (V). Extended intervention period (6 months of weekly sessions). Changes in psychological functioning – GS of symptom checklist.</p>		
<p>Country USA</p>	<p>Important confounding factors Statistical methods ANOVA MANOVA (multivariate analyze) - Wilks Post hoc analyzes.</p>		
<p>Year of data collection Does not say.</p>	<p>*PG= preferred group. NG = not preferred group. PI=preferred individual. NI=not preferred individual.</p>		

<p>Reference: Wadden TA, Neiberg RH, Wing RR, Clark JM, Delahanty LM, Hill JO, et al. Four-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with long-term success. Obesity (Silver Spring, Md). 2011;19(10):1987-98.</p>		<p>Study design: RCT</p>	
<p>Purpose</p> <p>Identify success factors with long-term weight loss in the look AHEAD study</p>		<p>Grade – quality</p> <p>1b A</p>	
<p>Material and method</p> <p>Recruitment/participants 5145 overweight participants with diabetes type 2, from 16 centers across USA. Intensive lifestyle intervention (ILI) or usual care group (DSE). Inclusion and exclusion criteria I: DM2, 45-76 years of age, BMI ≥ 25. Completed a graded exercise test and, pass a test of behavioral adherence. E: Those who did not keep satisfactory records for at least 12-14 days. Basis of data Weight. Behavioral adherence; adherence to the prescribed treatment regime, physical activity, food frequency questionnaire. Outcome (validation) Greater weight loss: male, greater age, white ethnicity. Insulin attenuated weight loss. Greater weight loss at year 1, attendance of treatment sessions, higher self-reported physical activity (RCT). Lower calorie intake. All but physical activity from observational studies. Exposure variables (validated/not validated) DSE: 3 one-hour group-meetings/year. ILI: First year intervention designed to give ≥7 % weight loss, 3 weeks group intervention and one week individual meetings per month. Including meal replacements and structured meal plans. Twice-monthly counseling contacts with lifestyle interventionist.</p>		<p>Discussion/comments/checkpoint</p> <p>Checkpoint:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the purpose good formulated? Yes. • Who is included/excluded? (selection/generalizability). Obese with DM2, older than general population, quite low BMI inclusion. But it is generalizable. • Was the groups equal at start? (selection/have the randomization worked?) Equal. • Randomization procedure? Good. • Was the participants/study personnel blinded relative to group belonging? Participants and personnel giving intervention knew group belonging • Was the groups treated equally beyond intervention? Yes. • Primary end point – validated (classification bias)? Yes, many other studies have found the same results • Was participants clarified at the end of the study? (attrition/follow-up bias) They are counted for. • What is the results? Precision. Good. • Can the results transferred to practice? Yes. • Was all the outcomes rated? Yes. • Is the benefits worth the disadvantages/costs? A program of great costs. • Other literature strengthening the results? Yes. <p>What do the authors discuss as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strengths: Longest, continuously implemented lifestyle intervention for weight management. - Weakness: Inability to induce 5 % of initial weight first year in 729 participants with ILI. <p>Does the results have plausible explanations? Known from other studies and basic physiology that higher physical activity and lower calorie diet induce weight loss. Adherence to program (more treatment lesions) and, greater weight loss at first year is known from other shorter studies.</p>	
<p>Results</p> <p>Main findings Weight loss the first year was strongly related to weight change year 4 (exp. 21.88 % of variance, p>0,001) Odds were 10,4 greater in those who managed ≥10 % first year to achieve a loss ≥10 % at year 4. Participants who maintained weight loss attended more treatment sessions (4 % of variance, P<0,001) and reported more favorable physical activity (1,84%, p<0,001) and food intake (1,72%, p<0,001) at year 4. Participants who did not take insulin lost more weight at year 4 than those who took insulin (P<0,006) Men lost more weight first 3 years, but not sig. at year 4. Oldest participants lost sig. more weight. No sig. difference in weight loss related to race at year 4.</p> <p>Other important endpoint? ILI lost average of 4,7 % of initial weight, compared with 1,1 % for DSE (P<0,0001) More ILI lost ≥ 5 % (46 % vs. 25 %, P<0,0001) and ≥ 10 % (23 % vs. 10 %. P<0,0001) of initial weight.</p>			
<p>Year of data collection Recruited over 2,5 years, beginning in 2001.</p>			
<p>Country USA</p>			
<p>Statistical methods Mixed effects analysis in weight of covariance. Intention-to-treat analysis. X² tests. Bonferroni correction. Linear and logistic regression. ANOVA.</p>			
<p>Important confounding factors Older participants (more treatments, lower daily calorie intake) Men (higher weekly physical activity, higher calorie intake). Insulin use.</p>			

<p>Reference: Kolotkin RL, Norquist JM, Crosby RD, Suryawanshi S, Teixeira PJ, Heymsfield SB, et al. One-year health-related quality of life outcomes in weight loss trial participants: comparison of three measures. Health and quality of life outcomes. 2009;7:53.</p>		<p>Study design: Cohort</p>	
<p>Purpose</p> <p>Compare one-year changes in Health Related Quality of Life (HRQOL) as a function of weight change using three different measures: a weight-related measure (Impact of Weight on Quality of Life-Lite [IWQOL-Lite]) and two generic measures (SF-36; EQ-5D).</p>		<p>Grade – quality</p> <p>2a</p>	
<p>Conclusion</p> <p>Weight loss was associated with improved IWQOL-Lite, physical SF-36 subscale and EQ-5D scores, a small amount of weight gain was associated with a slight improvement on weight-specific HRQOL and almost no change on the EQ-5D, suggesting the need for further research to more fully study these relationships.</p>		<p>Discussion/comments/checkpoint</p> <p>Checkpoint:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the purpose good formulated? Yes. • Is the groups recruited from the same population? (selection bias). Yes, inclusion and exclusion criteria and population taken from a RCT study. Good. Large sample. Minus for more women. • Is the groups comparable for important background factors? Yes. • Was the exposed individuals representative for a defined population? Yes, adult obese population. • Was exposure and outcome measured equally and validated for the two groups? Yes, all answered the three questionnaires at the beginning and end. • Is the one who evaluated the results blinded for group belonging? Yes, hence the ordinal RCT study. • Is the study prospective? Yes. • Was enough people followed up? (attrition bias/follow-up bias). Yes. Large sample size. • Was there done dropout analysis? (eval. Attrition bias). Yes. • Was the follow-up time long enough to prove positive and/or negative outcomes? One year follow-up time is sufficient. • Is it taken into account important confounding factors in design/method and analysis? No. Other studies should take other confounding factors that may affect analysis in the results. • Can the results transferred to practice and will it change practice? Yes. Both for clinicians and patients; with some certainty weight loss of at least 5 % is most likely to have a positive effect on weight-related physical function and self-esteem, this can help to keep patients motivated. • Other literature strengthening the results? Yes. Other studies show that weight loss is associated with improved HRQOL in a linear fashion. <p>What do the authors discuss as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strengths: Large sample size. Longitudinal design. Compares HRQOL on three different measures. Few studies have explored the effects of weight gain on HRQOL. - Weakness: Predominantly female and Caucasian, limiting generalizability. Only 30 % of the sample lost 5 % weight of baseline. Only 56 % completed the one-year protocol. <p>Does the results have plausible explanations?</p> <p>When weight loss is achieved it is possible to believe that it affects HRQOL positively with higher scores, thought it does not correlate with the finding of better HRQOL with weight gain, it is possible that other factors as well as weight change correlate with HRQOL.</p>	
<p>Material and method</p> <p>Recruitment/participants</p> <p>926 participants. Participating in a one-year RCT for an experimental medication for weight loss.</p> <p>Inclusion and exclusion criteria</p> <p>Inclusion: At least 18 years old, body mass index (BMI) between 30–43 kg/m², or BMI ≥ 27 kg/m² with obesity-related comorbidities, stable weight for three months prior to screening, and the ability to read and understand questionnaires.</p> <p>Exclusion: All participants providing baseline and year-one HRQOL were present analysis.</p> <p>Basis of data</p> <p>At baseline and one-year, participants completed three HRQOL measures.</p> <p>Outcome (validation)</p> <p>HRQOL was compared across weight change categories (> or = 5% and 0-4.9% gain, 0-4.9%, 5.0-9.9% and > or = 10% loss)</p> <p>Exposure variables (validated/not validated)</p> <p>Eligible participants were randomized in a 2:1 ratio to either experimental drug or placebo group. Instructed to follow diet with a 500 kcal/day in deficit and received dietary and exercise counseling.</p> <p>Important confounding factors</p> <p>Changes in HRQOL could be influenced by a variety of other variables other than weight loss.</p> <p>Statistical methods</p> <p>Descriptive statistics (mean, SD) for the HRQOL measures were calculated at baseline and week 52.</p> <p>For each measure and weight change category, mean change in domain scores from baseline to one-year were calculated and compared to a reference group using analysis of covariance controlling for baseline scores.</p>		<p>Results</p> <p>Main findings</p> <p>The weight-related measure of HRQOL exhibited greater improvements with one-year weight loss than either of the generic instruments, with effect sizes ranging from 0.24 to 0.62 for 5-9.9% weight reductions and 0.44 to 0.95 for ≥ 10% reductions.</p> <p>IWQOL-Lite Self-Esteem also showed a small improvement with weight gain.</p> <p>For participants gaining ≥ 5% of weight, the greatest reductions in HRQOL occurred with respect to SF-36 Mental Health, MCS, and Vitality, with effect sizes of -0.82, -0.70, and -0.63.</p>	
<p>Country</p> <p>North Carolina, USA.</p>			
<p>Year of data collection</p> <p>Does not say. First RCT article published in 2006, this article was published in 2009.</p>			

Vedlegg 2: Spørreskjema til sykkelig overvektige pasienter under rehabilitering ved de representerende klinikkene

Hei!

Denne undersøkelsen handler om ditt behandlingsforløp og oppfølging i hjemmeperioden.

Vi setter stor pris på om du gjennomfører denne undersøkelsen, da din tilbakemelding teller.

Beregnet tid for å fullføre denne undersøkelsen er ca 10-15 minutter.

Alle svar behandles konfidensielt, og anonymt- og du kan når som helst trekke fra undersøkelsen, hvis du ønsker det.

* 1. Antall opphold jeg har vært på er:

1	2	3	4	5	6 eller mer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 2. Behandlingsinstitusjonen jeg behandles på nå heter:

* 3. Vennligst forsøk å rangere følgende på en skala fra 1-10 ~~FOR~~ rehabiliteringen, der 1 er dårlig og 10 er best:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mental helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysisk helse/fysisk form	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre søvn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livskvalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

Tidligere oppfølging

* 4. I hvilken grad har du fått hjelp til å endre livsstil tidligere (før rehabiliteringen)?

	Absolutt ikke	I liten grad	I moderat grad	I stor grad	I veldig stor grad
Jeg har fått hjelp fra venner/familie/bekjente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har fått hjelp fra en lege/helsepersonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har fått hjelp fra ett kommersielt diettprogram (for eks. Grete Roede, Vektklubben osv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har gjort det helt alene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

Nedenfor vil du finne noen utsagn som vi ber deg tenke gjennom om du er enig i eller uenig i, og rangere deretter.

* 5. Jeg gikk ned i vekt:

	Uenig	Delvis uenig	Hverken uenig eller enig	Delvis enig	Enig	Ikke relevant
..i perioden fastlegen fulgte meg opp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..i perioden jeg ble fulgt opp ved SSO/sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..i.a. rehabiliteringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..på egen hånd i forkant av rehabiliteringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 6. Om systemet rundt meg:

	Uenig	Delvis uenig	Hverken uenig eller enig	Delvis enig	Enig
Min fastlege har tilstrekkelig kunnskap om livsstilsendring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventetiden fra jeg ble henvist til spesialisthelsetjenesten (SSO og rehab) var tilstrekkelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har en lokal kontaktperson i hjemkommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg får støtte fra familie og venner til min livsstilsendring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nåværende oppfølging og hjemmeperioder

* 7. Så ofte har jeg kontakt med kontaktperson (fra rehabiliteringen)

Aldri	Svært sjelden	Sporadisk	Hver måned	Flere ganger per måneder
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 8. Vennligst indiker om du er uenig eller enig i følgende påstander om oppfølging og hjemmeperiodene, på en skala fra 1-5, der 1 er uenig og 5 er veldig enig:

	1	2	3	4	5
oppfølgingen i hjemmeperioden er tilstrekkelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jeg ønsker mer kontakt med mine med-deltakere i hjemmeperioden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jeg ønsker en enklere og mer systematisk måte å ha kontakt med kontaktperson på	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
når jeg har det vanskelig (tilbakefall) unngår jeg å kontakte kontaktperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jeg tror jeg kunne fått bedre resultater dersom jeg hadde jevnlig og systematisk oppfølging i hjemmeperioden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre kommentarer (vennligst spesifiser)

* 9. Hvor ofte ønsker du å bli oppfulgt per år av kontaktperson, for å optimalisere din livsstilsendring (f.eks. 12 vil si en gang per måned)?

* 10. Vennligst indiker om du er uenig eller enig om følgende påstander om rehabiliteringsplanen, der 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig:

	1	2	3	4	5
jeg vet hva rehabiliteringsplanen min inneholder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jeg bruker rehabiliteringsplanen min aktivt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jeg synes rehabiliteringsplanen er nyttig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jeg bruker verktøyene jeg får på rehabiliteringen aktivt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 11. Dersom du fikk tilbud om en webløsning/app som oppfølgingsverktøy for å optimalisere din livsstilsendring, hvor interessant hadde det vært?

	Ikke interessant	Litt interessant	Hverken uinteressant eller interessant	Litt interessant	Veldig interessant
før rehabiliteringsforløpet (for å komme i gang med livsstilsendring)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ila. tiden hos fastlege/SSO/sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ila. rehabiliteringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
etter rehabiliteringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 12. Vennligst angi på en skala fra 1-5 hva du tenker om følgende kommunikasjonskanaler for oppfølging i hjemmeperioden, der 1 er veldig dårlig og 5 er veldig bra:

	1	2	3	4	5
Telefonsamtale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-post	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Webløsning/app	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En kombinasjon av alle 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

Digitale systemer

Helt til slutt, hvis du kunne bestemme, hvordan ville du ha hatt det, grunner til å bruke den, og hvordan skulle appen ha vært?

Hva motiverer og driver deg? Du må gjerne utdype i kommentarboksen nederst.

* 16. Hvis du skulle vurdere å bruke en slik app, hvilke aspekter hadde vært viktig for deg?

	Ikke viktig	Litt viktig	Nøytral	Viktig	Veldig viktig
Bra design	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lett å bruke/ bra brukersnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utviklet av helsepersonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At den er gratis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bra tilbakemeldinger fra andre brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheten til å kommunisere med helsepersonell (eks. kontaktperson, fastlege osv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheten til å kommunisere med utvalgte venner/familie/bekjente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitenskapelig dokumentasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En "lukket gruppe" for andre i samme situasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 17. Ville du ha lastet ned en app som med personlig support/oppfølging fra helsepersonell ift. din livsstilsendring- for følgende priser (NOK/mnd)

	Absolutt ikke	Tror ikke det	Kanskje	Mest sannsynlig ja	Absolutt
Gratis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-50 kr/mnd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50-100 kr/mnd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100-150 kr/mnd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>150 kr/mnd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ville ha kjøpt for denne eksakte prisen (vennligst spesifiser i eksakt NOK)

Digitale systemer

Det er så mange forskjellige apper der ute.

Har du hørt om noen av de appene som er nevnt under?

Hvis det er tilfelle; Hva er erfaringen din med disse? Og viktigst av alt, hadde de noen effekt?

* 18. Hva er forholdet ditt til appene nevnt under, som omhandler livsstil og helse?

	Aldri hørt om det	Hørt om det	Bruker det regelmessig	Har brukt det UTEN langvarig effekt	Har brukt det MED langvarig effekt
Lifesum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vektklubben (web)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nokia withings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bella beat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Løpe apper (Runkeeper, Endomondo, Strava etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calm (meditasjon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asana Rebel (Yoga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindfit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myfitnesspal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MapMyWalk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samsung Health	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Headspace (meditasjon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fitbit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre (vennligst spesifiser under)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 19. Hvis det ikke hadde effekt: Hvorfor tror du at det ikke fungerte?

	Hverken uenig eller				
	Uenig	Delvis uenig	enig	Delvis enig	Enig
For høy pris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei av å telle kalorier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei av å plote vekt/kalorier/aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoppet å bruke det/glemte å bruke den	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tap av motivasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplevde ingen effekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enveis kommunikasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanskelig å bruke/dårlig brukersnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 20. Hvis det hadde effekt: Hvorfor tror du at den var effektiv for deg?

	Hverken uenig eller				
	Uenig	Delvis uenig	enig	Delvis enig	Enig
Lett å bruke/godt brukersnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fikk meg til å føle meg bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Holdt meg inspirert og motivert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sunne påminnelser (notifications)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lett å følge med på kalorier/målinger/fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gratis eller billig i bruk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilpasset meg/ individuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toveis kommunikasjon (mulighet til å kommunisere med andre mennesker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

Digitale systemer

* 24. Dersom det fantes en webløsning/app som oppfølgingsverktøy i.a. behandlingsforløpet, hvor viktig er det for deg på en skala fra 1-5, der 1 er uviktig og 5 er veldig viktig, at det inneholder mulighet til følgende:

	1	2	3	4	5
direkte kontakt med kontaktperson/helsepersonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
registrere aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
registrere vekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kostregistrering i perioder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
inspirasjon for kosthold og fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
påminnelser for kontakt med kontaktperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
måltidspåminnelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
registrere motivasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
registrere mål og delmål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tilgang til rehabiliteringsplan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lukket gruppe med de andre deltakerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

Mer om deg

Det var det! Takk for at du tok denne undersøkelsen.

Helt til sist, ønsker vi litt mer informasjon om deg.

* 25. Kjønn

- Mann
 Kvinne

* 26. Min alder er:

* 27. Hva er din sivilstatus?

- Singel (inkl. skilt) Gift
 I ett forhold

* 28. Antall barn boende hjemme:

Vedlegg 3: Spørreskjema til helsepersonell ved Stamina- og Skibotn Helse og Rehabiliteringssenter

Spørsmål til behandlere i spesialisthelsetjenesten for overvektige

- 1. Hvor jobber du?**
 - a) Stamina rehabiliteringssenter
 - b) LHL Skibotn – rehabilitering av overvektige
 - c) Annet
- 2. Hva jobber du som?**
 - a) Lege
 - b) Ernæringsfysiolog
 - c) Fysioterapeut
 - d) Sykepleier
 - e) Psykolog
 - f) Annet helsepersonell
- 3. Hvor lenge har du jobbet innenfor rehabilitering av overvektige?**
 - a) Mindre enn 1 år
 - b) 1 år
 - c) 2 år
 - d) 3 år
 - e) > 3 år
- 4. Hvor mange overvektige jobber du aktivt med rehabilitering per nå?**
 - a) Ingen
 - b) 1-3
 - c) 4-6
 - d) 7-9
 - e) 10-13
 - f) >14
- 5. Hvor mange timer i uken bruker du på å jobbe med rehabilitering av fedmepasienter (rehab, skrivearbeid, oppfølging)**
 - a) <10 t
 - b) 11-20 t
 - c) 21-30 t
 - d) 31-40 t
 - e) > 41 t
- 6. Kan du rangere fra 1 (svært lite) - 5 (svært mye) hvor viktig faktorene under er for å lykkes med rehabiliteringen?**
 - a) Fysisk helse/fysisk form
 - b) Tidligere vektreduksjon
 - c) Livskvalitet
 - d) Mental helse (inkl. stress)
 - e) Kosthold
 - f) Generell helse (frisk fra tidligere/hjerte-kar syk/muskel-skjelettprob.)
 - g) Søvnhygiene
- 7. På bakgrunn av din erfaring og kompetanse hvordan synes du fra en skala fra 1 (svært dårlig) - 5 (svært bra) spesialisthelsetjenesten:**
 - a) Legger til rette for rehabilitering av overvektige
 - b) Tilbudet for overvektige er tilstrekkelig
 - c) Ventetiden for pasienten med fedme oppleves som akseptabel
 - d) Antall plasser for rehab. av overvektige er tilstrekkelig

- e) Antall uker/tidsrom for rehab. av overvektige er tilstrekkelig
 - f) Oppfølgingen av pasienter etter rehab. er tilstrekkelig
- 8. Vennligst indiker hvor tilstrekkelig du mener din kompetanse til å gi veiledning om følgende temaer (1 er lavest og 5 er svært høy kompetanse)**
- a) Fysisk aktivitet
 - b) Vektreduksjon
 - c) Kosthold
 - d) En sunn livsstil
 - e) Røykeslutt
 - f) Søvnhygiene
 - g) Mental helse (inkl. stress)
- 9. Hva mener du er suksessfaktorene for å få til langvarig vektreduskjon? (1 svært lite - 5 svært viktig)**
- a) Regelmessig kosthold
 - b) Regelmessig monitorering (eks vekt)
 - c) Regelmessig oppfølging av helsepersonell
 - d) Sosial støtte
 - e) Motivasjon
 - f) God mental helse
 - g) Å få oppfølging vs. å gjøre det alene
 - h) Kalorifattig kosthold
 - i) Variert kosthold
 - j) Høy grad av fysisk aktivitet
 - k) Konsistent kosthold uten mye utskeielser
 - l) Utdanning ift. livsstilsendring
 - m) Å spise frokost
 - n) Å ikke spise på kvelden
- 10. Hvor mange av de som du har rehabilitert har du fortsatt kontakt med/oppfølging av?**
- a) <10 %
 - b) 11-30 %
 - c) 31-50%
 - d) 51-70 %
 - e) 71-90%
 - o) Andre årsaker:
- 11. For oppfølging av pasienten under rehabilitering i hjemmeperioden hvilke kommunikasjonskanaler bruker du?**
- a) Telefonsamtale
 - b) E-post
 - c) SMS
 - d) Webløsning/app
 - e) Kombinasjon av alle 4
 - f) Annet
- 12. Webløsning/app kan være et godt verktøy for oppfølging av pasienter i løpet av hjemmeperioden?**
- a) Veldig uenig
 - b) Uenig
 - c) Verken eller
 - d) Enig

- e) Veldig enig
- 13. Webløsning/app kan være et godt verktøy for oppfølging av pasienter etter endt rehabilitering?**
- a) Veldig uenig
b) Uenig
c) Verken eller
d) Enig
e) Veldig enig
- 14. Rehabiliteringsplanen for pasienten med fedme: rangeres på en skala 1 (svært dårlig) - 5 (svært bra)**
- a) Har jeg god kjennskap til
b) Er et godt verktøy for pasienten
c) Er et godt verktøy for meg som behandler
- 15. Kan du rangerer følgende fra 1- (svært vanskelig) til 5 (svært lett) i forhold til endringspotensiale hos pasienten med fedme:**
- a) Mental helse (inkl. stress)
b) Kosthold
c) Fysisk aktivitet
d) Søvnhygiene
e) Vekt
- 16. Hvilke av følgende faktorer på en skala fra 1 (svært dårlig) - 5 (svært god) har best suksessfaktor i løpet av rehabiliteringen?**
- a) Bedre mental helse (inkl. stress)
b) Forbedret kosthold
c) Mer fysisk aktivitet
d) Røykeslutt
e) Bedre søvnhygiene
f) Vektreduksjon
- 17. På en skala fra 1-10 hvor fornøyd opplever du pasienter med fedme er etter endt rehabilitering?**
- 18. Hvor fornøyd oppleves pasientene i gjennomsnitt på en skala fra 1 (ikke fornøyd) - 5 (svært fornøyd) med faktorene nedenfor etter endt fedme rehab:**
- a) Vektreduksjonen
b) Fysisk form
c) Bedre mental helse
d) Kostholdet
e) Røykeslutt
f) Søvnhygien

Vedlegg 4: Spørreskjema til fastleger

Hvordan opplever du at det er å følge opp pasienter i forhold til livsstilsendringer?

Denne undersøkelsen omhandler oppfølging av pasienter og deres livsstil, med spesielt fokus på pasienter med fedme. Undersøkelsen tar mellom 3-5 minutter.

Målgruppen for undersøkelsen er leger.

Tusen takk for at du tar deg tid til å gjøre denne undersøkelsen!

Vi trekker ut en vinner av ett Visa gavekort à 400 kr blant de som deltar.

Svarene behandles anonymt, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen.

* 1. Hva jobber du som?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Fastlege/allmennpraktiker | <input type="radio"/> Annen lege, privat (vennligst spesifiser under) |
| <input type="radio"/> Sykehuslege LiS (inkl. turnuslege) | <input type="radio"/> Annen lege, offentlig (vennligst spesifiser under) |
| <input type="radio"/> Sykehuslege overlege | <input type="radio"/> Annet helsepersonell (vennligst spesifiser under) |

Vennligst spesifiser

I din praksis

* 2. Vennligst indiker på denne skalaen hvorvidt du mener at følgende påstander stemmer eller ikke på en skal fra 1-5, der 1 er stemmer ikke og 5 er stemmer i høy grad.

	1	2	3	4	5
Jeg <u>behandler</u> overvekt og fedme i min praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg forsøker å <u>inspirere</u> pasientene mine til livsstilsendring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har et <u>godt system</u> for å følge opp pasienter med fedme/pasienter ift. livsstilsendring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemene jeg bruker for å følge opp pasienter hvor livsstilsendring er et mål er <u>gode</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har <u>gode kommunikasjonsverktøy</u> for å følge opp pasienter hvor livsstilsendring er målet (rapportering av vekt, motivasjon, økt fysisk aktivitet o.l.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg <u>spør systematisk</u> pasientene om livsstil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har ett system for <u>redusere fysisk inaktivitet</u> hos pasientene mine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg <u>har kapasitet</u> i min hverdag til å håndtere og følge opp livsstilsendringer hos pasienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre kommentarer (vennligst spesifiser)

* 3. Vennligst indiker på denne skalaen hvorvidt systemet eller metoden du bruker for å følge opp pasienter ift. kategoriene under er tilstrekkelige eller ikke på en skala fra 1-5, der 1 er svært utilstrekkelig og 5 er svært tilstrekkelig.

	1	2	3	4	5
fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vektreduksjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kosthold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en sunn livsstil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
røykeslutt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
søvnhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mental helse (inkl. stress)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre kommentarer (vennligst spesifiser)

* 4. Vennligst indiker hvor tilstrekkelig du mener din kompetanse til å gi veiledning om følgende temaer er, der 1 er lav kompetanse og 5 er svært høy kompetanse.

	1	2	3	4	5
fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vektreduksjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kosthold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
enn sunn livsstil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
røykeslutt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
søvnhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mental helse (inkl. stress)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer (vennligst spesifiser)

* 5. Hvor mange konsultasjoner bruker du i gjennomsnitt til å følge opp spesifikke livsstilsendringer hos en pasient? Eks. vektreduksjon, økt fysisk aktivitet, røykeslutt osv.

	1	2-5	6-9	10-13	>13
Antall konsultasjoner/år/pasient (antall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre kommentarer (vennligst spesifiser)

* 6. Over hvor lang periode oppfølger du i gjennomsnitt pasienter intensivt ift. spesifikke livsstilsendringer?

	1	2-5	6-9	9-13	>13
Antall måneder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 7. I hvor stor grad bruker du følgende verktøy i oppfølging av livsstilsendringer hos pasienter med fedme?

Vennligst ranger, der 1 er aldri og 5 er alltid.

	1	2	3	4	5	Ikke relevant
Vekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Midjemål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostskjema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mårettede spm. om søvnhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mårettede spm. om mental helse og traumer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henvising til frisklivssentral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utregning av BMI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mårettede spm. ift. smerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivasjonsintervju o.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blodprøver/biokjemi/BT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utregning av risiko score (inkl. LDL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grønn resept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 8. Bruker du, eller har du brukt helsesekretær eller annet helsepersonell til å følge opp pasienter som skal ned i vekt ift. målinger (vekt, midje)?

	Ingenting	Sjelden	Litt	Mye	Svært mye	Har ikke tenkt på det
Hvor mye?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre kommentarer (vennligst spesifiser)

* 9. Hva mener du er suksessfaktorer for å få til langvarig vektreduksjon?

Vennligst ranger, der 1 er svært uenig og 5 er svært enig.

	1	2	3	4	5
regelmessig kosthold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
regelmessig monitorering (eks. vekt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
regelmessig oppfølging av helsepersonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sosial støtte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
motivasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
god mental helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
å få oppfølging vs. å gjøre det alene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kalorifattig kosthold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
variert kosthold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
høy grad av fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
konsistent kosthold uten mye utskeielser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
utdanning ift. livsstilsendring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
å spise frokost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
å ikke spise på kvelden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre årsaker (vennligst spesifiser)

* 10. Vennligst indiker hvorvidt du er enig i følgende påstander på en skala fra 1-5, der 1 er svært uenig og 5 er svært enig.

	1	2	3	4	5
Jeg har <u>nok tid</u> til å behandle fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg følger opp mine pasienter som skal ned i vekt <u>regelmessig og målrettet</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes det er enkelt å oppnå <u>varig vektreduksjon</u> hos pasientene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes det er enkelt å veilede til <u>vektopprettholdelse</u> hos pasientene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes det er enkelt å <u>motivere pasienter</u> til vektreduksjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes det er enkelt å få mine pasienter til å <u>vedvare</u> en viss grad av fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg får som oftest pasientene mine til å <u>gå ned i vekt og opprettholde det</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

* 11. I hvilken grad mener du at følgende ord beskriver behandling og oppfølging av pasienter med overvekt og fedme i praksis, der 1 er svært lite beskrivende og 5 er svært beskrivende?

	1	2	3	4	5
tidkrevende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spennende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vanskelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
enkelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
utfordrende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
givende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
interessant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
slitsomt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)



* 12. Vennligst indiker hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander, der 1 er svært uenig og 5 er svært enig.

	1	2	3	4	5
Det er enkelt å henvise pasienter med fedme videre til behandling i spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Ventetiden</u> til spesialisthelsetjeneste for pasienter med fedme oppleves som akseptabel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg behøver <u>bedre systemer</u> for å kunne følge opp pasienter med fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg ønsker å kunne følge opp pasienter med fedme på en <u>bedre måte</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er <u>tilstrekkelige behandlingstilbud</u> for pasienter med fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg ønsker å kunne følge opp pasienter med fedme på en <u>enklere måte</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vet <u>hvor</u> jeg kan henvise pasienter med fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

Systemer og oppfølging

* 13. Hvordan syns du på en skala fra 1-5 at følgende kommunikasjonsverktøy fungerer for to-veis kommunikasjon med pasienter? Der 1 er svært dårlig og 5 er svært bra.

	1	2	3	4	5	Ikke relevant
Telefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-post (sikker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sikker webløsning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
App	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvilke kommunikasjonsverktøy foretrekker du ift. oppfølging av livsstilsendringer? (vennligst spesifiser)

* 14. Hva mener du skal til for at det blir bedre og enklere for deg å følge opp pasienter som skal gjennom en livsstilsendring, eks. vektreduksjon ved fedme? Venntligst ranger på en skala fra 1-5, der 1 er svært uenig og 5 er svært enig.

	1	2	3	4	5
Bedre systemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre systemer for å kunne følge progresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre systemer for å kunne følge opp pasienten digitalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Et bedre kommunalt tilbud for behandling av fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Et bedre statlig program eller tilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre økonomiske insentiver (takster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kortere ventetid i spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økt kompetanse om behandling fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du andre, spesifikke forslag?



* 15. Dersom du hadde fått en evidensbasert digital løsning (web o.l.) som hadde gjort det enklere og mer tidbesparende for deg å følge opp pasienten, og kunne bidratt til mer varige livsstilsendringer hos pasienten, i hvilken grad hadde det vært interessant?

Vennligst ranger på en skala fra 1-5, der 1 er veldig uinteressant og 5 er veldig interessent.

	1	2	3	4	5
Det hadde vært interessant for alle typer pasientkommunikasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det hadde vært interessant for behandling av fedme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det hadde vært interessant for pasienter som trenger oppfølging til å forbedre /endre sin livsstil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre kommentarer (vennligst spesifiser)

* 16. Dersom det ble tilbudt en digital løsning for oppfølging av fedmepasienter, og pasienter som har behov for livsstilsendringer, i hvilken grad er du enig i at følgende parter bør dekke kostnadene forbundet med denne løsningen?

Vennligst ranger på en skala fra 1-5 der 1 er svært uenig og 5 er svært enig.

	1	2	3	4	5
Legesenteret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den enkelte behandler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fylket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Staten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingen, det bør være gratis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Private aktører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingen, det er ikke behov for et nye system	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En kombinasjon (foreslå i kommentarfelt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vennligst utdyp (vennligst spesifiser)