

15. Powell M, Courcoulas A, Gardner M et al. Management of blunt splenic trauma: significant differences between adults and children. *Surgery* 1997;122:654-60.
16. Upadhyaya P, Simpson JS. Splenic trauma in children. *Surg Gynecol Obstet* 1968;126:781-90.
17. Smith J, Armen S, Cook CH et al. Blunt splenic injuries: have we watched long enough? *J Trauma* 2008;64:656-63.
18. Wei B, Hemmila MR, Arbabi S et al. Angioembolization reduces operative intervention for blunt splenic injury. *J Trauma* 2008;64:1472-7.
19. Ekeh AP, Khalaf S, Ilyas S et al. Complications arising from splenic artery embolization: a review of an 11-year experience. *Am J Surg* 2013;205:250-4.
20. Demetriades D, Scalea TM, Degiannis E et al. Blunt splenic trauma: splenectomy increases early infectious complications: a prospective multicenter study. *J Trauma Acute Care Surg* 2012;72:229-34.
21. Moore FA, Davis JW, Moore EE, Jr. et al. Western Trauma Association (WTA) critical decisions in trauma: management of adult blunt splenic trauma. *J Trauma* 2008;65:1007-11.
22. Peitzman AB, Harbrecht BG, Rivera L et al. Failure of observation of blunt splenic injury in adults: variability in practice and adverse consequences. *J Am Coll Surg* 2005;201:179-87.
23. Petroianu A, Cabezas-Andrade MA, Berindoague Neto R. Laparoscopic subtotal splenectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008;18:94-7.
24. Petroianu A, Cabezas-Andrade MA, Neto RB. Laparoscopic splenic autotransplantation. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006;16:259-62.
25. Pisters PW, Pachter HL. Autologous splenic transplantation for splenic trauma. *Ann Surg* 1994;219:225-35.
26. Davis KA, Fabian TC, Croce MA et al. Improved success in nonoperative management of blunt splenic injuries: embolization of splenic artery pseudoaneurysms. *J Trauma* 1998;44:1008-13.
27. Haan JM, Boswell S, Stein D et al. Follow-up abdominal CT is not necessary in low-grade splenic injury. *Am Surg* 2007;73:13-8.
28. Olthof DC, Joosse P, van der Vlies CH et al. Prognostic factors for failure of non-operative management in adults with blunt splenic injury: a systematic review. *J Trauma Acute Care Surg* 2013;74:546-57.

## Tværfaglig rehabilitering kan motivere overvægtige brystkræftoverleverere til vægtreducering

Tina Broby Mikkelsen, Lene Laursen, Karen Mark, Susanne Juul & Hanne Svendsen

Der er stigende evidens for, at overvægt påvirker kvinder med brystkræft negativt, flere får lymfødem, øget risiko for tilbagefald, ny kræftsygdom, andre livsstilssygdomme og tidligere død [1]. Vægtøgning efter behandling for brystkræft er hyppig. Studier viser, at 50-96% af kvinderne oplever en signifikant vægtøgning under behandlingen, og mange oplever vægtøgning i måneder og år efter diagnosen [2].

Det er en stor udfordring at få overvægtige til at reducere deres vægt og holde vægttabet. I Danmark er der forskellige tilbud, men der mangler praksisforskning i, hvordan overvægtige bedst opnår et vægttab.



Under opholdet på RehabiliteringsCenter Dallund var der fokus på kvindernes motivation til at ændre vaner samt på kost og motion i teori og praksis.

På RehabiliteringsCenter Dallund (Dallund) udviklede og afprøvede man derfor et forløb med fokus på vægttab for overvægtige kvinder med brystkræft. Formålet med projektet var at undersøge, om kvinderne blev motiveret til at ændre vaner og opnåede et klinisk relevant vægttab (> 5%).

### MATERIALE OG METODE

Dallund har siden 2001 tilbudt rehabilitering af en uges varighed til kræftfrامة. De kræftfrامة skal have en lægehenvielse for at komme på et ophold.

### Interventionen og ændringer over tid

Formålet med forløbene var at sætte en proces i gang hen imod en vægtreduktion, primært ved at arbejde med motivation til at ændre vaner og med kost og motion [3] i teori og praksis, inspireret af »Små skridt til vægttab« [4]. Interventionen blev opbygget ud fra Dallunds erfaringer med godt 6.000 deltagere, hvoraf 52% var kvinder med brystkræft. De to første forløb i 2011 bestod af et seksdagesophold (første ophold) og et todagesophold tre måneder efter (andet ophold), og de to sidste bestod af et femdagesophold og en tredagesopfølgning. Varigheden af de to ophold blev ændret, dels fordi Dallunds øvrige ugetilbud blev ændret fra seks til fem dage, og dels fordi mange af deltagerne på de første to forløb angav, at to dages opfølgning var for lidt.

### KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

Afdeling R,  
RehabiliteringsCenter  
Dallund, Odense  
Universitetshospital

Ugeskr Læger  
2015;177:V08130514

TABEL 1

Ugeskema for første ophold ved det fjerde forløb på RehabiliteringsCenter Dallund.

Klokken	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
7.00-7.30		Guidet løb om søen	7.00-7.45: yoga	Cykling	Selvtræning
7.30-8.15		Morgenbuffet	Morgenbuffet	Morgenbuffet	Morgenbuffet
	9.30-10.00: ankomst og registrering	8.30: morgensamling	8.30: morgensamling	8.15: morgensamling	8.15: morgensamling
	10.00: velkommen og præsentation af ugens program	8.40-10.20: fysisk aktivitet <sup>a</sup> v/ fysioterapeut eller	8.45-11.45: kost, kræft og sunde vaner	8.30-12.30: individuelle aktiviteter <sup>c</sup>	8.40-10.30: motivation, forandring og fremtidsplaner
	11.30: søen rundt 3 + 3	vanens magt og nytænkning <sup>a</sup>	v/ diætist 12.00-12.30: <i>mindful</i> spisning		11.00-12.00: individuel arbejde
12.30	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost
	14.00: let motion og fælles præsentation	13.30-14.00: visualisering	13.15-14.15-15.15: vægttabsgruppe/ motionsgruppe/ køkkenaktivitet <sup>b</sup>	13.15-14.00: individuelle aktiviteter fortsat <sup>c</sup>	13.15-14.15: snak om fremtidsplaner i mindre grupper
	15.30-17.00: hverdagsliv efter behandling v/ sygeplejerske	på arbejde eller hvad? v/ socialrådgiver 14.15-17.30: værkstedaktiviteter		14.15-15.45: kræft, overvægt og psykiske reaktioner <sup>a</sup> v/ psykolog eller motion/afspænding <sup>a</sup> v/ fysioterapeut	14.30-15.15: farvel til Dallund 15.30: afrejse
18.00		Middag		18.30: afslutningsmiddag	
	19.30: koncert med en krølle	19.00: værksted fortsat	19.45: fri	19.45: fri	

a) Deltagerne blev delt i 2 hold og byttede aktivitet.

b) Deltagerne blev delt i 3 hold og byttede gruppe hver time.

c) Individuelle samtaler med en sygeplejerske, en fysioterapeut, en lymfødemterapeut, en socialrådgiver, en sexolog eller en præst efter behov.

På det første ophold udarbejdede kvinderne individuelle fremtidsplaner, hvor de opsatte deres egne mål. På det andet ophold var der fokus på, om det havde været muligt at fastholde fremtidsplanerne og give input til at justere dem. Der står mere om interventionen på Dallunds hjemmeside [5], og ugeprogrammerne ved det sidste forløb ses i **Tabel 1** og **Tabel 2**. Interventionen blev ændret fra de to forløb i 2011 til de to i 2012. Oprindeligt var der ikke psykologi og senfølger af kræftsygdommen på programmet. Det blev tydeligt på de to første forløb, at senfølger og de psykologiske aspekter af både overvægt og kræftsygdommen fyldte meget hos deltagerne, og derfor blev dette inkluderet i programmet ved det andet ophold. I 2012 indgik psykologi og senfølger i programmet ved det første ophold.

#### Spørgeskemaer

Kvinderne modtog tre gange spørgeskemaer om bl.a. deres højde og vægt: før første ophold, før andet ophold og for dem, der gennemførte, tre måneder efter

andet ophold (opfølgning). Den kvalitative analyse er baseret på teksten i tre sæt evalueringsskemaer, som deltagerne har udfyldt lige efter deres to ophold og ved opfølgningen. Der blev sat fokus på de åbne spørgsmål, der vedrører deltagerens udbytte af opholdet og betydningen af opholdene for den enkelte deltager.

#### Databehandling og statistik

Deltagerens vægt før det andet ophold og ved opfølgningen blev sammenlignet med vægten før det første ophold ved parret t-test. Der blev udført tekstanalyse [6] af indholdet i kursisternes evalueringsskemaer på de tre tidspunkter for det tredje forløb (n = 12). Studiet forløb over fire uger, og der blev anvendt data fra den sidst afholdte uge med komplette data.

## RESULTATER

### Deltagere

I tre af de fire forløb havde deltagerne et BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> og i en af ugerne > 25 kg/m<sup>2</sup>. I alt 68 kvinder del-

tog i det første ophold, deres vægt var i gennemsnit 89,7 kg (61-128 kg), deres BMI var i gennemsnit 32,3 kg/m<sup>2</sup> (25,9-42,8 kg/m<sup>2</sup>), og de var i gennemsnit 56 år (37-76 år).

I alt 57 kvinder (84%) gennemførte begge ophold. Frafaldet skyldtes primært sygdom hos kvinderne eller deres pårørende. I alt 46 (81%) returnerede skemaerne ved opfølgningen, fire af dem havde ikke besvaret spørgsmålet om vægt alle tre gange. Der var en tendens til, at de mest overvægtige ikke gennemførte det andet ophold og ikke besvarede alle skemaerne.

Før det første ophold angav 52% af deltagerne, at de havde været overvægtige i mere end ti år, at de i gennemsnit tog 6,7 kg på (0-21 kg) under sygdommen og behandlingen, og at de i gennemsnitligt ønskede at tabe 16,5 kg (2,5-50 kg).

### Vægtreduktion

Samlet havde de kvinder, der gennemførte begge ophold og besvarede alle spørgsmålene om vægt (n = 52), tabt 3,7 kg fra det første til det andet ophold. Deltagere med komplette data (n = 42) opnåede et signifikant vægttab på 3,9 kg (0-12,4 kg) fra det første til det andet ophold (p < 0,0001), 2,2 kg (1-16,6 kg) fra det andet ophold til opfølgningen (p < 0,0001) og 6,1 kg (0-29 kg) i alt (p < 0,0001) (Figur 1).

I alt 27 kvinder opnåede et vægttab på ≥ 5% af deres startvægt. Kvinderne blev opdelt i BMI-grupper (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>, 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> og ≥ 35 kg/m<sup>2</sup>) ud fra deres startvægt. Der var en tendens til, at de mest overvægtige (BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>) af dem, der gennemførte, i højere grad tabte 5% af deres vægt (90%) end kvinder med et BMI på 30-35 kg/m<sup>2</sup> (61%) og kvinder med et BMI på 25-30 kg/m<sup>2</sup> (50%). Der var imidlertid færre af de mest overvægtige, der gennemførte studiet, hhv. 63% og 64%, end af de overvægtige (BMI 25-30 kg/m<sup>2</sup>), hvoraf 70% gennemførte.

### Evalueringskemaer

Kvinderne evaluerede de to ophold umiddelbart efter hvert ophold. Næsten alle var meget tilfredse og rapporterede, at de havde følt sig inspireret til at ændre deres kost og øge deres fysiske aktivitet.

### Kvalitativ analyse blandt 12 kvinder på et hold

Under opholdet fik kursisterne øgede kompetencer vedrørende kost, motion, ernæring og »mindful spising«, som er en faktor, der tilsyneladende ikke ændrer sig i styrke over tid. Derimod ser de psykologiske aspekter ud til at have et forløb, der udvikler sig og forandrer sig. Fra starten er der en delvis bevidsthed om, at der kan ligge psykiske problemer og ulme under overfladen. Under opholdet ses der ofte et erken-

TABEL 2

Ugeskema for andet ophold ved det fjerde forløb på RehabiliteringsCenter Dallund.

Klokken	Onsdag	Torsdag	Fredag
7.00-7.30		Selvtræning	Selvtræning
7.30-8.15	Morgenbuffet	Morgenbuffet	Morgenbuffet
	9.30-10.00: ankomst og registrering	8.30: morgensamling	8.30-9.00: afregning for drikkevarer
	10.00-10.30: velkommen, præsentation af dagens program	8.45-9.45 + 10.00-11.00: individuelle samtaler <sup>b</sup>	9.00-10.30: morgensamling + »at øve sig i glæde«
	10.30-12.00: motion <sup>a</sup>	10.15-11.15: motion i naturen <sup>b</sup>	11.00-11.45: <i>walk &amp; talk</i>
	v/ fysioterapeut eller opfølgning på fremtidsplan i mindre grupper <sup>a</sup>	10.15-11.15: hvordan går det med vægten? <sup>b</sup>	12.00-12.30: afrunding og farvel til Dallund
		v/ diætist	
		11.3-12.30: <i>mindfulness</i>	
12.30	Frokost	Frokost	Frokost
	13.30-15.00: motion <sup>a</sup>	13.15-16.00: psykolog	13.15: afrejse
	v/ fysioterapeut eller opfølgning på fremtidsplan i mindre grupper <sup>a</sup>		
	15.30-16.30: opfølgning fra sidst		
	16.30-17.30: værksted		
18.00	Middag		
	<b>19.00-21.00:</b> værksted		

a) Deltagerne blev delt i 2 hold og byttede aktivitet.

b) Deltagerne kunne vælge mellem disse aktiviteter.

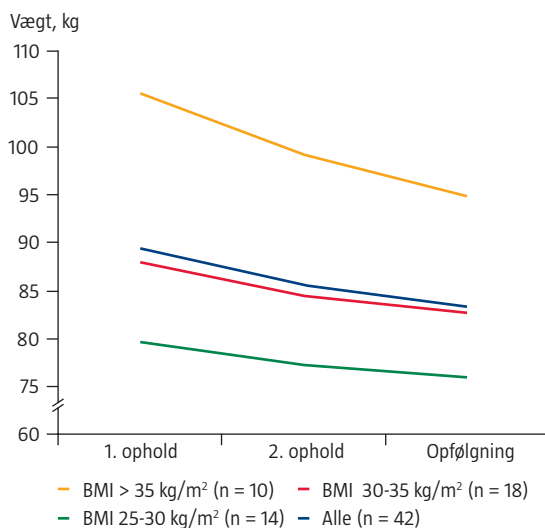
delsesmæssigt klimaks og en følelsesmæssig reaktion, når der bliver taget hul på de psykologiske emner. Mange oplever, at de kommer ud på den anden side med et nyt syn på tilværelsen samt lindrede sjælelige sår og reduceret angstelse. Der sker derfor en bearbejdelse af de følelsesmæssige barrierer, som ofte er opstået i forbindelse med sygdommen. Derved ser det ud til, at deltagerne gennemgår en udviklingsproces, der hjælper dem til at komme videre i livet på mange måder. Dette gælder både med hensyn til en ændret livsstil, forstået som noget fysisk og ernæringsmæssigt, og i forhold til en øget selvforståelse af, hvilke ønsker de har for deres videre liv, og hvor begrænsningerne for at opnå disse ligger.

### DISKUSSION

Dette udviklingsprojekt viser, at overvægtige kvinder med brystkræft blev motiveret til at tabe sig efter at

FIGUR 1

Gennemsnitlig vægt blandt de 42 deltagere, der havde besvaret spørgsmålet om vægt tre gange.



have gennemgået interventionen med fokus på ændring af vaner, kost og motion. Erfaringerne viser, at deltagerne angav at have udbytte af den tværfaglige indsats, og at de psykologiske aspekter var vigtige i denne population.

Kvinderne tabte i gennemsnit 6,1 kg på seks måneder. Vægttabet var højere end i de fleste studier i reviewet af *Demart-Wahnefried et al* [3]. Dette passer med, at man i reviewet konkluderede, at der i studier, hvor man anvendte både kost, fysisk aktivitet og adfærdsmodifikation, blev fundet de største vægttab [3]. 64% af dem, der gennemførte studiet, tabte > 5% af deres kropsvægt. Det er mindst 40% af alle, der påbegyndte studiet, og andelen var størst blandt kvinderne med et BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> (mindst 50%).

I et tidligere randomiseret studie med deltagere på Dallund (FOCARE), hvor kræftframte med brystkræft, kolorektal kræft og prostatakkræft blev randomiseret til ophold på Dallund eller en kontrolgruppe [7], fandt man ikke, at flere af deltagerne på Dallund end i kontrolgruppen opnåede et fald i BMI på mere end 2,5%. 11% af deltagerne havde et BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>, og 55% havde et BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>, men det fremgik ikke af artiklen, om det var de overvægtige, der tabte sig. Forskellen på de to studier må primært være, at vi i vores studie havde rekrutteret overvægtige med et ønske om vægttab, og at vægttab var fokusområde for alle aktiviteterne. I FOCARE var der mange normalvægtige, og derfor var vægttab ikke et mål for dem.

Deltagernes evalueringer var positive. Den kvalitative analyse viste, at der forløb en proces hos kursisterne. Processen begyndte med mange øjenåbnere om effekten af motion og sund kost, nytten af en tera-

peutisk samtale samt det godtgørende i at møde venlighed og bruge tid på sig selv. Som tiden gik, blev tankerne om udbyttet af opholdene mere reflekterede og endte med at handle om en nyvunden tro på fremtiden og sig selv. Derved havde kursisten foretaget en rejse fra et meget konkret og reaktivt ståsted til et abstrakt og agerende niveau. For både den fysiske og psykologiske proces havde det tilsyneladende en god effekt at have professionel hjælp til rådighed, da det netop er sådanne processer, der kan være svære at tackle alene.

Undersøgelsens styrker er, at en stor andel af deltagerne gennemførte hele interventionen, og at der var opfølgning seks måneder efter interventionens start. Studiets svagheder er, at vi ikke ved, om populationen var repræsentativ, at der ikke var en kontrolgruppe, at vægt var selvrapporteret, og at vi kun kendte vægtændringen hos dem, der besvarede skemaerne. Dette var imidlertid et udviklingsprojekt, hvor formålet var at udvikle og afprøve et forløb med fokus på vægttab. Det ser ud til at være lykkedes, idet kvinderne var meget tilfredse med opholdet samt følte sig inspireret til at ændre vaner, og de, der gennemførte, tabte sig stort set alle sammen.

## KONKLUSION

Interventionen på Dallund med fokus på ændring af vaner kunne få motiverede overvægtige kvinder med brystkræft til at tabe sig. Erfaringen fra de fire forløb viste, at det også var af afgørende betydning, at kvinderne fik psykosocial støtte for at kunne leve med de nye begrænsninger for egen formåen, leve med angst eller følelsen af sårbarhed samt få redskaber og overblik til at komme videre med deres liv. Interventionen bør afprøves i en videnskabelig undersøgelse med måling af vægt og biologiske markører over tid, evt. med en kontrolgruppe, der får den samme intervention som ambulante tilbud.

**KORRESPONDANCE:** Tina Broby Mikkelsen, Afdeling R, RehabiliteringsCenter Dallund, Odense Universitetshospital, Dallundvej 63, 5471 Søndersø. E-mail: tina.broby.mikkelsen@rsyd.dk

**ANTAGET:** 14. november 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 17. marts 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

- Demark-Wahnefried W, Platz EA, Ligibel JA et al. The role of obesity in cancer survival and recurrence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:1244-59.
- Vance V, Mourtzakis M, McCargar L et al. Weight gain in breast cancer survivors: prevalence, pattern and health consequences. *Obes Rev* 2011;12:282-94.
- Demark-Wahnefried W, Campbell KL, Hayes SC. Weight management and its role in breast cancer rehabilitation. *Cancer* 2012;118(suppl 8):2277-87.
- Små skridt til vægttab. 4. udgave, 1. oplag. København: Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning, 2012.
- www.ouh.dk/wm438051 (16. jan 2014).
- Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.
- Ibfelt E, Rottmann N, Kjaer T et al. No change in health behavior, BMI or self-rated health after a psychosocial cancer rehabilitation: results of a randomized trial. *Acta Oncologica* 2011;50:289-98.