

Motion på recept kan hjälpa patienten ändra sina vanor

Trots en god vetenskaplig grund för motionens roll i såväl prevention som behandling av stora folksjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar ställer vi oss ofta frågan: Finns det belägg för att motionsrådgivning fungerar i klinisk vardag? Svaret är att svenska studier visar att motionsrådgivning kan vara effektiv och ge många positiva effekter på kardiovaskulära riskfaktorer utan att påverka livskvaliteten negativt. Genom att tillägna oss moderna beteendevetenskapliga principer kan vi bli bättre pedagoger och mer framgångsrika i våra strävanden att hjälpa våra patienter att ändra sina motionsvanor.

Tidigare artiklar i serien »Människan i rörelse» i Läkartidningen har handlat om konsekvenser av bristen på motion/fysisk aktivitet i det moderna samhället samt om motionens skyddande effekter. Det är ingen överdrift att idag hävda att den vetenskapliga grunden är god vad gäller motionens roll i såväl prevention som behandlingen av de stora folksjukdomarna hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och övervikt (Faktaruta 1).

Trots detta möter man ofta en bristande tilltro på motionens effekter och framförallt en tveksamhet och en uppgivenhet vad gäller vår förmåga att hjäl-

Författare

MAI-LIS HELLÉNUS

docent, institutionen för medicin, överläkare, kliniken för akut och kardiovaskulär medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm

ELISABETH ARBORELIUS

docent, centrum för barn- och ungdomshälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, Hudinge.

E-post: mlh@div.med.ks.se

pa våra patienter att ändra motionsvanor. Vi ställer oss frågan: »Finns det belägg för att motionsrådgivning verkligen fungerar i klinisk vardag?» Än mer tveksamma är vi till att delta i populationsinriktat arbete eller i folkhälsoarbete rörande fysisk aktivitet. De flesta av oss saknar erfarenheter av sådant arbete och än så länge rör det sig om enstaka exempel, oftast i projektform, där läkare och forskare arbetat för att befärma fysisk aktivitet i befolkningen eller grupper av befolkningen.

Svenska studier med uppmuntrande resultat

I primärvården i Sollentuna kommun norr om Stockholm startade 1988 ett individ- och populationsinriktat kardiovaskulärt preventionsprogram [12]. Besökare på vårdcentralerna har erbjudits en frivillig riskfaktorundersökning, och råd och behandling för att reducera identifierade riskfaktorer har givits. Basen har varit livstilsintervention med mat- och motionsvanor, nikotinbruk och stress som centrala delar. Deltagarna har erbjudits individuell rådgivning hos läkare eller sköterska, en löpande föreläsningsserie, matlagningskurs hos dietist samt gruppbehandling separat för överviktiga, stressade typ A-individer samt rökare.

Remiss till motion

Läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster på vårdcentralerna i Sollentuna har också haft möjlighet att utfärda remiss till speciellt anpassade motionsgrupper, s k friskvårdsgrupper, i en lokal idrottsförenings (Korpen) regi. Det är främst läkarna som har utnyttjat den möjligheten och de svarar för nästan 90 procent av remisserna. Resurspersoner från primärvården har fortlöpande bistått med vidareutbildning av motionsledarna för att kunna erbjuda en väl anpassad och riskfri motion. Detta samarbete startade 1987 och växte snabbt. Verksamheten består sedan sju-åtta år av ca 25 olika grupper med totalt 250–300 deltagare per termin. Att arbetssättet blivit så framgångsrikt beror sannolikt på att otränade, ofta överviktiga individer inte trivs i vanliga motionsgymnastikgrupper. De känner sig

SERIE Människan i rörelse

Gästredaktör: professor Jan Henriksson, ordförande i Svensk idrottsmedicinsk förening.

Detta är den sista och avslutande artikeln i serien. Tidigare artiklar har varit publicerade i nr 38, 39, 40, 41, 42 och 43/98.

FAKTARUTA 1

God vetenskaplig grund

– Epidemiologiska studier visar en skyddande effekt av motion vad gäller såväl koronarsjukdom och stroke som diabetes typ 2 [1-5].

– Primärpreventiva studier avseende effekt av motion på insjuknande och död i koronarsjukdom saknas, men sekundärpreventiva studier visar att motion efter hjärtinfarkt kan reducera risken för återinsjuknande och död med ca 25 procent [6]. En primärpreventiv studie visar att en ökad motionsdos minskar risken att sjukna i diabetes typ 2 bland friska men glukosintoleranta män och kvinnor [7].

– Angiografistudier visar att man med livsstilsintervention, framför allt i form av förbättrade mat- och motionsvanor, kan reducera LDL-kolesterolnivåerna hos koronarsjuka individer med en retardation av den aterosklerotiska processen i kranskärnen som följd [8-11].

– Mekanismer som medierar motionens skyddande effekt är t ex sjunkande triglycerider och stigande HDL-kolesterolnivåer på grund av aktivering av lipoproteinlipas, sjunkande blodtryck, reduktion av vikt och bukfetma, förbättrad insulinkänslighet, positiva effekter på både koagulations- och fibrinolytiska systemet samt förbättrat syreutnyttjande i skelettmuskulaturen.

Remiss till motion. En väg till framgångsrik motionsrådgivning.

utanför och orkar inte med. I friskvårdsgrupperna befinner de sig bland likar och har dessutom fått en skriven ordination, dvs en remiss. Det finns något nästan »magiskt» med den av läkaren skrivna remissen eller receptet.

Råd om motion ger effekt

Uppföljning av 4 600 individer som deltagit i preventionsprogrammet i Sol-lentuna visar efter cirka ett år sjunkande kolesterol- och triglyceridnivåer samt lägre blodtryck hos män och kvinnor som inledningsvis hade förhöjda nivåer. Hos överviktiga män var vikten väsentligen oförändrad efter ett år. Detta får ses som en framgång med tanke på att svenska medelålders män idag går upp ca 1–2 kg per år [13]. Vikten tenderade att minska hos överviktiga kvinnor. Överlag sågs större reduktioner av riskfaktorer hos kvinnor [14].

För att närmare studera effekter av råd om motion och mat har en kontrol-

lerad randomiserad studie bland 158 friska medelålders män med förhöjda kardiovaskulära riskfaktorer genomförs. Samtliga, utom en man från kontrollgruppen, fullföljde studien (motionsråd n=39, kostråd n=40, kost- och motionsråd n=39, kontroller n=39).

Efter en förhållandevis liten interventionsinsats – råd om motion av läkare vid ett tillfälle och/eller råd om mat av läkare vid ett tillfälle och av dietist vid ett tillfälle – uppnåddes efter sex månader signifikanta effekter i interventionsgrupperna på flera viktiga riskfaktorsystem [13, 15, 16]. En ökning av motionsdosen från i snitt 5 till 10 motionstillfällen i månaden på fritiden gav en signifikant reduktion av vikt, bukfetma, systoliskt och diastoliskt blodtryck samt lägre insulin-nivåer och högre IGFBP-1 (Insulin-like Growth Factor Binding Protein-1) som uttryck för ökad insulinkänslighet (Tabell I). Allra bäst effekt sågs när råd om både mat och motion gavs. Glädjande nog kvarstod flera av effekterna även efter 18 månader [17].

Generellt var följsamheten till motionsråd något bättre än till råd om matvanor [18]. Några speciella hinder för att förändra motionsvanor i form av exempelvis socioekonomiska faktorer, familjesituation, personlighet och tidigare vanor fanns inte, förutom att yngre män och män med små barn hemma tenderade att vara något mindre framgångsrika i att ändra sina motionsvanor. Rökare lyckades lika bra som icke-rökare med att ändra såväl motions- som matvanor [19].

Livskvaliteten försämras inte

Ett vanligt argument mot livstilsintervention i primärpreventivt syfte är att livskvaliteten påverkas negativt. Detta visade sig vid en litteraturgenomgång inte vara studerat tidigare. Männen i kost- och motionsstudien deltog därför även i en livskvalitetsstudie där olika aspekter av livskvalitet mättes med hjälp av två självfyllda formulär, MSE-Profile (Minor Symptoms Evaluation) och SSA-Profile (Subjective Symptoms Assessment), vid start och efter 1,5, 3 respektive 6 månader. Inga tecken till försämring av den initialt goda livskvaliteten sågs under studiens gång. Snarast sågs i vissa avseenden tecken till förbättrad livskvalitet i interventionsgrupperna [20].

Vägen till framgångsrik motionsrådgivning

Tid är en bristvara i dagens sjukvård men framgångsrik motionsrådgivning behöver inte ta mycket tid. Det är snarare en fråga om attityder hos vårdgivaren, om förhållningssätt och teknik (Faktaruta 2). Det kan vara en framkomlig väg att börja med att fråga om nuvarande och tidigare fysisk aktivitet. Kanske finns något gammalt intresse att återuppta? Individualisera råden och ge konkreta enkla tips. Håll Dig informerad om vad som finns att erbjuda på or-

Tabell I. Effekter (differenser med 95 procents konfidensintervall) av råd om mat och/eller motion på vikt, bukfetma, blodtryck, blodfetter samt insulin och IGFBP-1 (Insulin-like Growth Factor Binding Protein-1) efter 6 månader.

	Kost	Motion	Kost och motion	Kontroll
BMI	-0,3 (-0,6, +0,03)**	-0,3 (-0,5, -0,01)**	-0,6 (-0,9, -0,3)***	0,3 (+0,1, +0,5)
Midja, cm	1,3 (-2,5, -0,1)*	2,2 (-3,2, -1,3)***	-3,0 (-3,9, -2,0)*** #	0,3 (-0,05, +1,1)
Blodtryck, mm Hg				
systoliskt	-7 (-10, -3)**	-5 (-9, -0,3)*	-4 (-7, -1)	-1 (-3, +4)
diastoliskt	-6 (-8, -4)** §	-4 (7, -2)*	-2 (-4, +1)	-1 (-3, +1)
Kolesterol, mmol/l				
serum	-0,19 (-0,49, +0,11)	-0,12 (-0,35, +0,11)	-0,45 (-0,77, -0,13)	-0,13 (-0,33, +0,07)
LDL	-0,30 (-0,54, -0,06)	-0,09 (-0,24, +0,07)	-0,35 (-0,64, -0,05)	-0,15 (-0,33, +0,02)
HDL	0,01 (-0,05, +0,07)	0,01 (-0,04, +0,07)	0,03 (-0,09, +0,04)	-0,02 (-0,08, +0,05)
Triglycerider, mmol/l serum	0,03 (-0,09, +0,15)	-0,10 (-0,34, +0,13)	-0,12 (-0,31, +0,08)	-0,06 (-0,08, +0,20)
Faste-insulin, mU/l	-0,31 (-1,17, +0,55)	-1,26 (-2,21, -0,31)	-1,63 (-2,46, -0,80)	-0,06 (-1,10, +0,96)
IGFBP-1 µg/l	6,5 (+2,6, +10,3)***	5,8 (+1,0, +10,6)**	8,9 (+5,0, +12,7)***	-2,3 (-6,4, +1,9)

Ett konfidensintervall som ej innefattar 0 indikerar en signifikant förändring inom gruppen.

Signifikant förändring jämfört med kontrollgruppen: * p<0,05, **p<0,01 och *** p<0,001.

Signifikant förändring jämfört med kostgruppen: # p<0,05.

Signifikant förändring jämfört med kost och motionsgruppen: § p<0,01.

Läkaren har en viktig roll i både individ- och populationsinriktat arbete med att befrämja fysisk aktivitet.

ten. Kanske finns speciellt lämpliga motionsaktiviteter som Du kan rekommendera. Be Dina medarbetare om hjälp med en inventering. Förklara vilken typ av motion, vilken intensitet och duration som krävs för att uppnå effekter på kardiovaskulära riskfaktorer, och förklara att regelbundenheten är viktig (Faktaruta 3).

Gamla som nya konsensusdokument [21, 22] poängterar att motion handlar om a) dynamiskt syrekrävande arbete, dvs konditionsträning i form av promenader, cykling, simning, dans, motionsgymnastik och liknande. Lättare inslag av mer styrkebetonad karaktär skadar inte; b) fysisk aktivitet på submaximal nivå, dvs ca 60–80 procent av maximal puls, vilket innebär att man tar i så pass att man blir lite varm och svettig och att andningsfrekvensen ökar; c) att man gärna ska hålla på i 30 minuter eller mer och att regelbundenheten är viktig. Det är bra att motionera minst 2–3 gånger i veckan. Glädjande nog har sannolikt upprepade doser om 10 minuter också

FAKTARUTA 2

Framgångsrik motionsrådgivning

- Fråga om nuvarande och tidigare fysisk aktivitet.
- Individualisera råden. Ge konkreta, enkla tips.
- Förklara vilken typ av motion, vilken intensitet, frekvens och duration som krävs för att uppnå effekter på kardiovaskulära riskfaktorer (se även Faktaruta 3).
- Prata om varningssignaler och informera om vikten av att starta försiktigt och successivt öka dosen.
- Följ upp resultaten.

effekt om man uppnår en sammanlagd tid av minst 30 minuter per dag.

Glöm inte att uppmuntra till fysisk aktivitet i återkommande vardagliga situationer, som t ex att konsekvent ta trappan istället för hissen eller rulltrappan. Prata om varningssignaler och förklara att de alltid ska respekteras. För att undvika skador är det viktigt att starta försiktigt och att successivt öka dosen. Att skaffa ett par bra skor är viktigt framförallt för den som är tung. En sko med bra stötpufftagande förmåga förebygger många belastningsskador. Vid misstanke om koronarsjukdom eller annan hjärtsjukdom bör motionsråden alltid föregås av en adekvat utredning med viloe-KKG, arbetsprov och kanske även ultraljudsundersökning av hjärtat.

Följ upp resultaten

Sist men inte minst är det viktigt att följa upp resultaten. Ordna en ny tid för patienten hos Dig själv eller hos annan vårdgivare som Du samarbetar med. Kontrollera vikten, midjemåttet, blodtrycket, blodsockret och blodfetterna, dvs det som skulle behandlas. Ett lämpligt tidsintervall kan vara 6–8 veckor. Oftast har patienten då hunnit komma igång med träningen/motionerandet, och effekter på metabolismen av blodfetter, glukos och insulin samt blodtryck och bukfetma har hunnit infinna sig. Ge möjlighet att ställa frågor som dykt upp. Att inte följa upp resultaten visar indirekt att Du trots allt inte tycker att detta var så viktigt eller att Du egentligen inte tror att individen kommer att lyckas ändra sina vanor.

Vi kan bli bättre pedagoger

Att informera och att »saga åt» patienten att ändra sina motionsvanor eller andra levnadsvanor är ett vanligt, men

dessvärre inte särskilt effektivt sätt. Åtskilliga studier har visat att kunskaper endast har en begränsad effekt när det gäller att påverka människors levnadsvanor [23, 24]. Trots detta bedrivs ofta individuell hälsorådgivning som om kunskaper vore avgörande för människors praktiska handlande. Detta synsätt utgår ifrån att människor är rationella. Men det är vi bara i en viss utsträckning. Gapet mellan kunskaper och beteende kan ibland vara stort.

Vi kan bli bättre pedagoger och mer framgångsrika i våra försök att hjälpa våra patienter att förändra sina motionsvanor. Aktuell beteendevetenskaplig forskning visar att man med ett patientcentrerat förhållningssätt har störst chans att få patienten att ändra sitt beteende [25–30]. I en undersökning studerade man sambandet mellan hälsobeteende och läkarens sätt att uppträda [27]. Resultaten visade att om läkarna var kontrollerande och styrande nådde patienterna sämre resultat i fråga om sin hälsa, vilket mättes såväl fysiologiskt (högre diastoliskt blodtryck och sämre glukoskontroll) som beteendemässigt genom patienternas självrapporterade hälsotillstånd. Liknande resultat såg man i en studie rörande viktminskning [31].

Viktiga aspekter i ett patientcentrerat förhållningssätt är att ta hänsyn till andras uppfattningar och värderingar och att få fram patientens föreställningar och synpunkter, s k health beliefs, kring sin hälsa och sina levnadsvanor [32, 33]. I samtal med människor framkommer ofta uppfattningen att man inte vet om man lever i morgon och att det är bättre att leva ett, som man bedömer, kvalitativt bättre men kanske kortare liv. Det är viktigt att locka fram sådana föreställningar. Om man visar att man respekterar sådana värderingar kan man lättare ställa frågor om det finns andra sätt att få samma livskvalitet men med mindre risker för hälsan. En annan viktig aspekt i ett patientcentrerat förhållningssätt är att prata om patientens/individens subjektivt upplevda nackdelar och fördelar med sitt beteende, exempelvis ett stillasittande liv.

En sammanställning av teoribaserade

FAKTARUTA 3

Rekommendationer om typ av motion, intensitet, frekvens och duration för att uppnå effekter på kardiovaskulära riskfaktorer [21, 22].

- Dynamiskt syrekrävande arbete dvs konditionsträning i form av promenader, cykling, simning, dans, motionsgymnastik och liknande.
- Fysisk aktivitet på submaximal nivå, dvs ca 60–80 procent av maxpuls.
- Regelbunden motion under minst 30 minuter 2–3 gånger i veckan.

de metoder som bygger på ett flertal internationella studier finns i boken »Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor» [34].

Viktiga beteendevetenskapliga principer

Här följer några viktiga beteendevetenskapliga principer att försöka följa om man vill bli en bättre pedagog och mer framgångsrik i sitt arbete med att förändra människors motionsvanor.

1. Ge neutrala faktakunskaper utan att blanda in egna värderingar, exempelvis om vilken typ av motion som ger effekter på kardiovaskulära riskfaktorer. Ta reda på vilka kunskaper patienten har genom att t ex fråga: »Vad känner Du till om sambandet mellan motion och hälsa?» Om det finns brister i patientens kunskaper, ge konkret och neutral faktainformation enligt ovan. Påpeka klart konsekvenserna av bristen på motion/ett stillasittande liv utan att blanda in värderingar.

2. Fråga efter patientens föreställningar och synpunkter. Exempel på frågor där man kan få fram patientens föreställningar och som stärker den inre motivationen att förändra beteendet är: »Känner Du till något om vad ett stillasittande liv innebär för Din hälsa?» Frågan ska enbart vara orienterande. Om patienten saknar kunskaper om hälso-risker ska informationen ges på ett neutralt sätt: »Har Du någon gång funderat på att börja motionera?» Om frågan ställs på ett neutralt sätt betonas individens ansvar och eget ställningstagande och visar läkarens respekt för detta. »Finns det någonting som skulle kunna få Dig att börja motionera?» Avsikten är att stimulera patienten att väga fördelar och nackdelar mot varandra, vilket är en avgörande faktor för att en förändring ska kunna ske. Frågan ska ställas på ett utforskande och intresserat sätt.

3. Diskutera upplevda fördelar och nackdelar med beteendet. Man kan på ett neutralt men intresserat sätt fråga: »Finns det något som är bra med Ditt stillasittande liv/att Du inte motionerar? Är det något som bekymrar Dig med Ditt stillasittande liv?» Man kan med fördel använda ett papper där patienten själv skriver ner fördelar och nackdelar med det aktuella beteendet. Dessa resonemang underlättar för patienten att ta ställning till sitt eget beteende. Det positiva och det negativa blir mer tydligt.

Vad ska diskussionen om levnadsvanor syfta till?

Om syftet med det enskilda och kanske första samtalet är att få patienten att snabbt och radikalt ändra sina vanor, då kommer man – som de flesta erfarit – ofta att misslyckas. Ett sådant förhåll-

ningssätt är ineffektivt eftersom man själv bestämt för patienten och försöker få honom eller henne att bete sig på ett i förväg bestämt sätt. Om man istället har som målsättning att underlätta för patienten att ta ställning till sina levnadsvanor kan man »lyckas» med i stort sett alla sådana samtal, och dessutom är det det effektivaste sättet att få människor att förändra sina vanor.

Referenser

- Hellénius ML, de Faire U, Krakau I, Berglund B. Prevention of cardiovascular disease within the primary health care system. Feasibility of a prevention program within the Sollentuna Primary Health Catchment Area. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 68-73.
- Hellénius ML, de Faire U, Berglund B, Hamsten A, Krakau I. Diet and exercise are equally effective in reducing risk for cardiovascular disease. Results of a randomized controlled study in men with slightly to moderately raised cardiovascular risk factors. *Atherosclerosis* 1993; 103: 81-91.
- Hellénius ML, Johansson J, Elofsson S, de Faire U, Krakau I. Four years experience of a cardiovascular opportunistic screening and prevention programme in the primary health care in Sollentuna, Sweden. *Scand J Prim Health Care* (in press).
- Hellénius ML, Brismar K, de Faire U, Berglund B. Effects on glucose tolerance and insulin secretion, Insulin-like Growth Factor-I and its binding protein IGFBP-1 in a randomized controlled diet and exercise study in healthy middle-aged men. *J Intern Med* 1995; 238: 121-30.
- Hellénius ML, Krakau I, de Faire U. Favourable long-term effects from advice on diet and exercise given to healthy men with raised cardiovascular risk factors. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 1997; 7: 293-300.
- Näslund G, Fredriksson M, Hellénius ML, de Faire U. Determinants of compliance in men enrolled in a randomized controlled diet and exercise intervention trial. *Patient Educ Couns* 1996; 29: 247-56.
- Näslund G, Fredriksson M, Hellénius ML, de Faire U. Effect of diet and physical exercise intervention program on coronary heart disease risk in smoking and nonsmoking men. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 131-6.
- Hellénius ML, Dahlöf C, Åberg H, Krakau I, de Faire U. Quality of life is not negatively affected by diet and exercise intervention in healthy men with cardiovascular risk factors. *Quality of Life Res* 1995; 4: 13-20.
- American College of Sports Medicine Position Stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30: 975-91.
- Gatherer A, Parfit J, Porter E, Vessey M. Is health education effective? London: The Health Education Council, 1979.
- Barlett E. The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? *Am J Public Health* 1981; 71: 1384-91.
- Ockene J, Kristeler J, Goldberg R, Amick TL, Pekow PS, Hosmer D et al. Increasing the efficacy of physician delivered smoking interventions. A randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 1-8.
- Kaplan S, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions

on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: 110-27.

- Wilms D, Best A, Wilson D, Gilbert R, Taylor W, Lindsay E et al. Patients perspectives of a physician-delivered smoking cessation intervention. *Am J Prev Med* 1991; 2: 95-100.
- Curry S, Wagner H, Grothaus L. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 310-6.
- Hunt L, Jordan B, Irwin S, Browner C. Compliance and the patient's perspective: controlling symptoms in every day life. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1989; 13: 315-34.
- Williams G, Deci E, Ryan R, Freedman Z. Self-determination and attrition from a weight loss program. *Clinical Research* 1991; 39: 633-7.
- Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Medical Publications, 1989.
- Glanz K, Lewis F, Rimer B, eds. Health behavior and health education. Theory, research and practice. Kapitel 3: The Health Belief Model. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1997.
- Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. Göteborg: Uppjohn, 1993.

En fullständig litteraturlista kan erhållas hos docent Mai-Lis Hellenius, Centrum för klinisk hjärtforskning, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm.