

# Vedlikehold av livsstilsendringer

## – hvordan gjør vi det i praksis?

AV THOMAS MILDESTVEDT

Har du noen gang forsøkt å gjøre endringer på din livsstil? Mest sannsynlig så er svaret ja. De fleste mennesker svarer bekræftende på at de har gjort mer eller mindre vellykkede forsøk på å mosjonere mer, spise sunnere, bruke tanntråd mer flittig, legge seg tidligere, bruke mer tid på familien, være tydelig med egne begrensninger osv. Problemet er oftest ikke manglende intensjoner om endring eller endog kortsiktige suksesser, som i ukene før og etter at tannlegen har minnet meg om flittig tanntrådbruk. Det er de langsiktige resultatene som gir målbare endringer. Livsstilsendringer har mye til felles med medisinerer i preventiv hensikt. Endringen eller tiltaket må etterleves regelmessig over tid dersom de skal kunne gi effekt. I allmennmedisinen er vi i posisjon til å stimulere våre pasienter til en sunnere livsstil. Men hvordan kan vi gjøre dette på en effektiv måte? Et ønske om å lære mer om dette temaet gav inspirasjon til å gjøre en studie på hvem som klarer å vedlikeholde sine endringer. Resultatene er beskrevet i doktorgradsavhandlingen med tittelen «Langtidsvedlikehold av livsstilsendringer etter hjertesykdom» (1). Denne artikkelen presenterer noen av resultatene fra denne studien sammen med noen innspill til hvordan vi kan gjøre endringsarbeid i våre ulike praksiser.

### Preventiv kardiologi i allmennpraksis

Preventiv kardiologi er den kliniske disiplinen som har fått mest oppmerksomhet i forhold til hvordan livsstilen påvirker sykkelighet og dødelighet. Forskning på livsstilsendringer har gitt oss ulike verktøy til å kartlegge kost og mosjonsvaner, samt instruktive røykesluttprogrammer. Takstheftet skal stimulere oss til intervensjonslyst. Vi har også lært om total risikovurdering. Vi har fått detaljert kunnskap om hvordan blodtrykk og kolesterolverdier skal måles og kontrolleres på legekantoret. Livsstil og biologiske mål kan plottes i risikotabeller som gir oss konkrete råd om hvem som bør ha spesielle intervensjoner og hvem som skal få gå ut døren som «frisk».

I disse dager ventes de nye retningslinjene for preventiv kardiologi fra Helsedirektoratet. Her vil vi finne oppdatert kunnskap om hvordan vi kan kartlegge og intervensjon. I høringsutkastet er ca ti prosent av sidene i veilederen til-



### Thomas Mildestvedt

Født 1972 og fastgrodd i Bergen. Gift og 3 barn. Spesialist i allmennmedisin. Fastlege i Bergen ved Minde Medisinske Senter tre dager i uken. Jobber en dag i uken ved Universitetet i Bergen, institutt for samfunnsmedisin, seksjon for allmennmedisin. Den siste dagen bygger han hus, sykler og dyrker familielivet. Forskningsinteresse på livsstilsendringer og motivasjonssamtalen, og tok doktorgrad på dette temaet i desember 2008 ved UiB.

egnet ikke-medikamentelle tiltak inkludert tre viktige sider om hvordan rådgivning og kommunikasjon har sin plass i dette arbeidet. Risikovurdering og medikamentelle tiltak får mest oppmerksomhet både i veiledere og på legekantorene. Effekten av varig livsstilsendring på sykdom og død er veldokumentert for røykeslutt, økt mosjon og hjertesunt kosthold. Samtidig vet vi at den absolutte effekten av medikamentelle tiltak i preventiv medisin gir grunnlag for ettertanke. Typisk relativ risikoreduksjon av ulike medikamenter undersøkt i primærprevensjon er på 25–30 prosent. Med en utgangsrisiko for hjertesykdom eller død på 20 prosent i løpet av de neste ti årene behandler vi gjerne 20 pasienter i ti år for å forebygge ett tilfelle (2). Jo lavere utgangsrisiko, jo flere må vi behandle for å oppnå resultater. En annen måte å kommunisere risiko på er antall måneder utsettelse av hjerte-kar-hendelse. Vi vet jo ikke om alle får litt hjelp eller om det er noen heldige som får hele effekten. Våre vurderinger basert på pasientgrupper skal omsettes i en avgjørelse for den enkelte pasient. Pasienten skal informeres om fordeler og ulemper. En fersk avhandling av vår kollega Peder Andreas Halvorsen i allmennmedisinen i Alta, finner at pasienter i større grad velger medisin dersom vi snakker «number needed to treat» enn om vi snakker utsettelse av tid til hendelse (3). Bivirkninger og problemer med polyfarmasi gir oss nye utfordringer og plager for pasienter. Likevel opplever vi som praktikere at det gir mer følelse av å ha gitt et viktig bidrag for å redusere risikoen for sykdom hos den som får et medikament i forhold til hjelp til varige livsstilsendringer. Det sier seg selv at vår følelse av å ha mislykket er mye større når en av våre pasienter får akutt hjertedød i ung alder uten preventive medisiner, enn dersom vi hadde gitt medisin. Og dette erfarer vi også skjer

hos dem med lav utgangsrisiko. Vi hører også de kommerisielle stemmer og på kollegaer med mest erfaring fra sekundærprevensjon. I sum påvirkes vi av indre og ytre press i retning av medikamentell intervensjonslyst.

Vi trenger motkrefter som gir oss nytt håp i arbeidet med å styrke pasienten i at egeninnsats med livsstilsarbeid er god medisin for alle, og eneste medisin for dem med lav til moderat risiko for hjertesykdom. Hvilken strategi kan vi velge for at vår innsats skal lykkes uten at vi mister vår egen motivasjon på veien?

### Livsstilsendringer hos hjertepasienter

I avhandlingen gjør jeg rede for hvordan hjerterehabiliteringspasienter motiveres til å vedlikeholde sine livsstilsendringer etter fire-ukers hjertetrening. Studiens hovedmål var å evaluere om en nyutviklet, individuell oppfølging av hjerterehabiliteringspasienter ledet til bedre vedlikehold av livsstilsendringer. Vi ønsket også å se på om ulik psykososial bakgrunn påvirket evnen til livsstilsendringer. I tillegg belyste studien i hvilken grad ulike motivasjonsfaktorer var forbundet med endret livsstil.

Dette var en randomisert kontrollert studie og en langsgående studie av forklaringsvariabler for livsstilsendringer. I løpet av en to-års periode fra august 2000 ble 217 av 266 pasienter som kom til rehabilitering inkludert i studien. Bakgrunnsdata, livsstil og motivasjonsfaktorer ble kartlagt med spørreskjemaer ved inklusjon, etter seks og 24 måneders oppfølging. Halvparten av deltagerne fikk en forsterket oppfølging. Denne besto av to individuelle samtaler under kurset og telefonoppfølging seks og 24 måneder etter at kurset var over. Pasientene i denne gruppen ble oppfordret til å velge inntil tre livsstilsområder som de særlig skulle fokusere på i de neste to årene. Vi ønsket altså å se på om pasientene som hadde valgt livsstilmålene selv ville oppnå bedre vedlikehold enn pasientene som ikke hadde prioritert disse livsstilmålene. Intervensjonen bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, sosial kognitiv teori og selvbestemmelsesteori. Hele studiegruppen fikk tradisjonell, gruppebasert hjerterehabilitering. Denne besto av daglig mosjon, undervisning om hjertesunn kost, hjelp til røykeslutt og psykososial støtte. Hjerterehabiliteringen var tverrfaglig og kurset gikk over fire uker.

### Resultater

Hele rehabiliteringsgruppen klarte i stor grad å endre og vedlikeholde sine kost- og mosjonsvaner. Endringene var ikke bedre i gruppen som fikk forsterket rehabilitering. Vi fant en mulig klinisk relevant effekt blant røykere.

Pasienter som klarte å endre sine levevaner rapporterte høy grad av autonom motivasjon (styrt av indre ønske og lyst), stor tro på å kunne mestre livsstilsendringene over tid og tro på gode fremtidsutsikter generelt. Vi kunne ikke finne noen forskjell i suksess mellom ulike inntektsgrupper eller mellom de som hadde opplevd et infarkt vs. de som hadde angina pectoris. Både røykere og de som rapporterte stor grad av angst, depresjon og irritabilitet var i mindre grad i stand til å endre livsstil på andre områder.

### Konklusjoner

Det er ikke tilstrekkelig å hjelpe deltagerne til å prioritere særskilte livsstilsområder dersom målet er å bedre langtids vedlikehold av livsstilsendringer. Resultatene tyder på at livsstilspåvirkning ikke fører til økte forskjeller mellom ulike sosio-økonomiske grupper av hjertepasienter som kommer til hjerterehabilitering. Studien peker også på at enkelte grupper, slike som røykere og dem med psykiske vansker, bør få mer målrettet oppfølging.

*Hvordan kan vi bidra til at denne mannen beholder motivasjonen for et hjertevennlig kosthold?*

ILLUSTRASJONSFOTO: SIMONE VAN DEN BERG



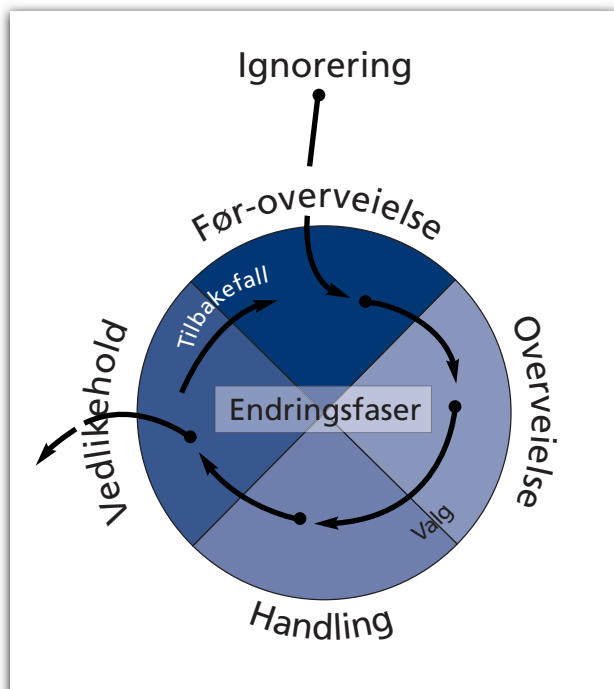
## Hvordan kan vi gjøre endringsarbeidet i allmennpraksis?

Resultatene fra studien på hjerterehabileringspasientene har overføringsverdi til allmennmedisin. Mekanismene for endring av livsstil er studert i ulike pasientpopulasjoner og det er mulig å finne noen fellestrekk for hvilke endringer i tenkningen som kan være viktige for å bedre suksessraten. Pasientens ønske om endring samt tro på at han eller hun kan mestre endringen, er sentrale kognisjoner å utforske for terapeuten (4). I så måte er metoder fra endringsfokusert rådgivning kanskje det mest anvendelige verktøyet vi kan tilegne oss for bruk i allmennpraksis. Denne metoden søker å øke indre styrt motivasjon og å fremme pasientens mestringstro. Vi skal nå se på de mest sentrale prinsippene fra slik rådgivning.

### Endringsfokusert rådgivning – den motiverende samtalen

Enhver endring er preget av ambivalens, klienten har argumenter for og imot endring. Teknikker fra endringsfokusert veiledning forsøker å utfordre klienten til selv å utforske og løse ambivalens i forbindelse med den livsstilsendring klienten ønsker å oppnå. Det siste er et vesentlig startpunkt: Ønsker klienten denne endringen? Den motiverende samtalen er kalt det motsatte av tradisjonell rådgivning. I den grad vi gir råd så er det informasjon som er tilpasset de ønsker og behov som den enkelte uttrykker. Tillatelse til å ta opp temaet og avklaring om hvor klienten befinner seg i endringshjulet (FIGUR 1) gir oss den nødvendige startinformasjon for å kunne lykkes i å lede klienten et skritt nærmere varig endring.

FIGUR 1. Endringsfaser etter Prochaska og DiClemente (5).



Det er en gammel erkjennelse at man i all hjelpekunst, som Kirkegaard uttrykker det, må starte med å identifisere hvor klienten er før vedkommende kan ledes til et annet sted: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der». Filosofen var allerede i 1859 på linje med dagens endringsteori når han i fortsettelsen fremhever ydmykhet, tålmodighet og velvillighet som grunnlaget for å kunne bringe klienten nærmere et mål om endring (6). Kunnskap om endringshjulet gir oss en mulighet til å gi veiledning tilpasset den enkelte endringsfasen. En tabell som vist under kan være et grunnoppsett for å starte målrettet endringsarbeid i egen praksis.

TABELL 1. Typiske tanker og oppgaver i ulike endringsfaser.

Endringsfase	Typiske tanker og utsagn	Veilederens oppgave
Før-overveieelse	Livsstilen er ikke et problem!	Gi saklig og personlig informasjon
Overveieelse	Kanskje jeg bør endre meg? Ambivalens!	Beslutningsbalanse
Forberedelse	Jeg vil gjøre et forsøk	Planlegge og avtale
Handling	Nå forsøker jeg!	Rose og støtte
Vedlikehold	Jeg klarer det, men jeg må passe meg for tilbakefall	Husk å spørre pasienten hvordan det går!

Som praktikere er det vanlig med ambivalens i forhold til å fokusere på livsstilsendringer overfor egne pasienter. Ambivalens for enhver endring kan settes opp i en enkel to ganger to tabell, et verktøy som kalles beslutningsbalansen (TABELL 2).

Slike tabeller kan en gjerne gi pasientene som hjemmearbeid. Endringer skjer i liten grad på legekantoret, men det er i de tankene som samtalen forhåpentligvis stimulerer til, kraften til endringer befinner seg: «Folk påvirkes i større grad av årsaker og argumenter de har oppdaget selv, enn slike som andre har oppdaget» (Pascal). I tabell 3 er det tatt med noen eksempler i forhold til å fokusere mer på motivasjonsarbeid i egen praksis. Kanskje du vil utdype hvilke argumenter du selv har for å fokusere på eller ikke fokusere på livsstilsendringer i egen praksis?

TABELL 2. Beslutningsbalansen.

	Endring av livsstil	Ikke gjøre endring av livsstil
Fordeler		
Ulemper		

TABELL 3. Eksempel på beslutningsbalansen.

	Fokuserer på livsstils- endringer i egen praksis	I liten grad fokuserer på livs- stils- endringer i egen praksis
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>– jeg fremmer positiv helse og mestringfølelse</li> <li>– mer spennende jobb, mindre rutinepreg</li> <li>– jeg blir bedre kjent med pasienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– jeg sparer tid</li> <li>– jeg trenger ikke lære nye metoder</li> <li>– jeg slipper nederlagsfølelse</li> </ul>
Ulemper	– det tar tid	– økt sykkelighet blant pasientene?

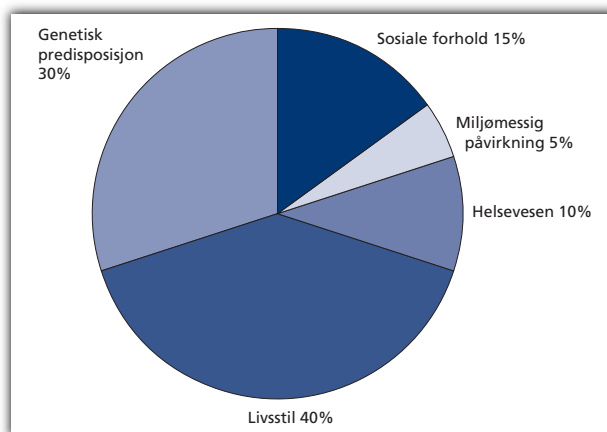
Denne artikkelen har i stor grad fokusert på livstilsendringer for å unngå hjertesykdom. Innenfor de fleste helseområder finner vi at uheldige atferdsmønstre i stor grad leder til økt sykkelighet og for tidlig død. I en artikkel fra New England Journal of Medicine i 2007 peker Schroeder på livsstilen som vår mest potente innfallsport for å bedre folkehelsen (7).

I følge Schroeder er endringer på atferdsmønstre fire ganger mer potent enn de forbedringer vi kan få til i vårt voksende helsevesen. Han redegjør for den fantastiske endringen vi har sett de siste tiårene med halvering av antall daglig-røykere og stiller spørsmål om overvekt med tilhørende metabolsk syndrom kan oppnå liknende endringer. I et samfunn som krever mest helse for pengene kan det bli vanskelig å forsvare at de fleste ressursene sprøytes inn i helseforetakene og spesialisert behandling. Helseministeren vår bebuder nå mer ressurser til primærhelsetjenesten og særlig mer fokus på forebygging framfor å behandle. Mange klinikere ser fram til å få mer tid sammen med dem som trenger det mest. Endring er en prosess som tar tid og krever utholdenhet og innsats både hos veileder og pasient.

Endringsfokuset rådgivning er et verktøy som er mulig å tilegne seg til bruk i allmennpraksis. Mange av dere bruker elementer fra denne rådgivningsmetoden i egen praksis mer eller mindre bevisst. Grunnet for å videreutvikle egen praksis er godt. Endringsfokuset rådgivning er testet ut på en rekke kliniske tilstander, med overveiende positive resultater. De mest utforskede er rusmisbruk, diabetes, astma, hypertensjon, hyperlipidemi og hjertesykdommer (8).

### Hvordan lære mer?

Under referanser finner du tips for dem som vil lese mer. Det er skrevet godt om endringssamtalen, også på norsk (9–13). Kanskje ikke så rart ettersom metoden først ble utviklet av Roger Miller i Bergen på 80-tallet. Bergens-klinikken tilbyr regelmessig kurs i metoden som går over to dager. Kurstilbud ellers i landet forekommer også. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et kommunikasjons-



FIGUR 2. Årsaker til prematur død i den nord-amerikanske befolkningen (7).

verktøy som bygger på endringssamtalen (13). Dette er det mulig å bestille for den interesserte praktiker som vil lære mer om denne intervensjonen.

Forebyggende arbeid i egen praksis driver vi alle med i ulik grad. Hva er ditt ambisjonsnivå i din egen praksis?

### Referanser

- Mildestvedt T. 2008 «Motivating cardiac rehabilitation patients to maintain lifestyle changes» Doktorgradsavhandling UiB. ISBN 978-82-308-0698-2
- E. Meland og medarbeidere. 2000. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. TDNLF nr 22.
- PA Halvorsen. 2008. «Explaining risk reductions in medical practice: Prevention or postponement?» Doktorgradsavhandling. Universitetet i Sør-Danmark, Odense.
- P. Norman. (2000). Understanding and Changing Health Behaviour: From Health Beliefs to Self-Regulation
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390–5.
- S. Kierkegaard (1859) Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien, C.A. Reitzels Forlag.
- Schroeder, S. A. (2007). We Can Do Better - Improving the Health of the American People. N Engl J Med, 357(12), 1221–1228.
- Knight, K. et al (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. Br J Health Psychol, 11(Pt 2), 319–332.
- Prescott og Børtveit. Helse og atferdsendring. Gyldendal Akademisk (2004)
- Barth, Børtveit og Prescott. Endringsfokuset rådgivning. Gyldendal Akademisk (2001).
- Miller og Rollnick. Motivational Interviewing. Guilford Press (2002)
- www.motivationalinterviewing.org
- Sosial- og helsedirektoratet: «Å snakke om endring» SI 1400 (Bestilles på <trykksak@shdir.no>)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
Thomas.Mildestvedt@isf.uib.no