

Hvilke forhold påvirker holdning til livsstilveile

En kvantitativ studie av et representativt utvalg norske allmennleger

■ THOMAS MILDESTVEDT • *førsteamanuensis, Institutt for Global Helse og samfunnsmedisin, Faggruppe for allmennmedisin, UiB*

IRENE HAUKELAND • *medisinstudent UiB*

SIRI VOLTERSVIK LANDRO • *medisinstudent UiB*

Introduksjon

Artikkelen er basert på en særoppgave fra Det Medisinsk-odontologiske fakultetet ved Universitetet i Bergen. Vi ønsket å undersøke hva som påvirker norske allmennlegers rådgivning når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet, alkohol og røykevaner. Er allmennleger opptatt av motivasjonsarbeid for å oppnå livsstilsendringer hos pasientene? Er det forskjeller mellom legens kjønn, legens alder, listestørrelse og antall konsultasjoner per dag når det gjelder å ta opp livsstil med pasienten? Vi ønsket også å finne ut hvilke metoder fastlegene bruker i arbeidet med å få til livsstilsendringer hos pasienten, og om de har tanker om hvordan de kan gjøre dette arbeidet bedre.

Temaet har tidligere vært belyst av Helse- og sosialdepartementet i Danmark, som i 2006 studerte rådgivningsarbeid blant leger og annet helsepersonell. Undersøkelsen viste at danske allmennleger i stor grad opplyste om skadelige effekter av dårlig livsstil og drev motivasjonsarbeid med sikte på å oppnå livsstilsendringer (1).

Høsten 2003 ble grønn resept innført i Norge som et alternativ til medikamentell behandling hos pasienter med diabetes mellitus II (DMII) og hypertensjon. Senere ble også sykkelig overvekt inkludert under tiltaket. Målet var å få allmennleger til å fokusere på kost, mosjon og røykeslutt hos disse pasientgruppene. En evaluering viste at allmennlegene ikke var fornøyd med ordningen. De mente at samtaler om livsstil hos DMII og hypertensjons-pasienter var en naturlig del av legepraksisen, og at det var unødvendig og byråkratiserende med en egen takst (2).

Valg av rådgivningsmetode har betydning for resultatene av livsstilsarbeid. Motivasjonssamtalen er en velbrukt metode i motiva-

sjonsarbeid de siste ti årene (3). I en meta-analyse fra 2005 viste metoden effekt på alkoholkonsum, kroppsvekt, blodtrykk og kolesterolnivå, sammenlignet med tradisjonell rådgivning. I tre av fire studier hadde motivasjonssamtalen klinisk relevante effekter. Legene oppnådde en effekt av motivasjonssamtalen i 83 prosent av studiene inkludert i meta-analysen (4). En skandinavisk studie viste at fire timer med trening i motivasjonssamtale hadde effekt på medisinstudenters samtaleferdigheter. Men det var ikke var nok til å bli dyktig i metoden (5).

Materiale og metode

For å undersøke vår problemstilling gjennomførte vi en spørreundersøkelse av leger som deltok på Solstrandkurset på Os utenfor Bergen i mai 2011 (6). Solstrandkurset er et årlig kurs som arrangeres av Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin.

Spørreskjemaet har tatt utgangspunkt i den danske helsepersonell-undersøkelsen (1). Det ble utført deskriptiv statistikk og frekvensanalyser. De kontinuerlige variablene ble analysert ved hjelp av en uavhengig t-test. For de dikotome variablene brukte vi Chi-kvadrattest. Et signifikansnivå på 0,05 ble valgt. Dataene ble analysert ved hjelp av PASW Statistics versjon 18.

TABELL 1. Oversikt over populasjonen.

	N	MINIMUM	MAXIMUM	GJ.SNITT
Kjønn	100			
Alder	98	32	69	50,2
År som fastlege	94	0	39	17,7
Innbyggertall i kommunen	97			
Pasienter på liste	98	601	2000	1254
Antall konsultasjoner per dag	100	10	32,5	20,8
I løpet av vanlig arbeidsdag hvor mange konsultasjoner hadde livsstil som viktig tema?	99	0,5	15	5,7
I løpet av siste arbeidsdag hvor mange konsultasjoner handlet om livsstil?	86	0	15	4,4

Resultater

Studiepopulasjon

Responsraten var 85 prosent med svar fra 100 av 117 inviterte leger. Av disse var 53 kvinner (58 prosent) og 39 menn (42 prosent). Åtte respondenter oppgav ikke kjønn. Tabell 1 viser en oversikt over populasjonen i spørreundersøkelsen.

Hvor ofte blir det snakket om livsstil?

Legene ble spurt om hvor ofte de snakket med pasienter om røykestopp, kostendring, fysisk aktivitet, vektreduksjon, og reduksjon av alkoholforbruk. Svaralternativene var aldri (1), mindre enn en gang i uken (2), en gang i uken (3), flere ganger i uken (4), hver dag (5), og flere ganger om dagen (6). Vi ser av tabell 2 at legene snakket med pasientene om røykestopp, kostendring og vektreduksjon flere ganger i uken, fysisk aktivitet hver dag, mens alkohol ble snakket om sjeldnere enn en gang i uken.

Vi undersøkte om det var forskjell mellom leger i ulike aldersgrupper. Gruppe en var 39–50 år og gruppe to 51–69 år. Her fant vi statistisk signifikant forskjell når det gjaldt hvor ofte de snakket med pasientene om røykestopp ($p = 0,039$, CI $-0,75, -0,19$) og vekt ($p = 0,021$, CI $-0,85, -0,70$). De yngre legene snakket mindre med pasientene om disse temaene enn de eldre legene. De to gruppene var ellers like for de utkommemaal vi under-

allmennlegers endring?



Hvor ofte snakker du med pasienter om:

LIVSSTILSENDRING	N	TOTALT N GJENNOMSNITT, (STANDARD- AVVIK), [INTERVALL]	ALDERSDELT			KJØNNSDELT		
			GR 1: 39-50 ÅR N OG (GJENNOMSNIITT)	GR2: 51-69 ÅR N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]	MENN: N OG (GJENNOMSNIITT)	KVINNER: N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]
Røykestopp	92	4,2 (0,90) [2-6]	50 (4,0)	48 (4,4)	0,04 [-0,75 , -0,02]	42 (4,3)	58 (4,1)	0,35 [-0,20, 0,55]
Kostendring	92	4,5 (0,93) [2-6]	50 (4,4)	48 (4,6)	0,18 [-0,64 , 0,12]	42 (4,4)	58 (4,6)	0,24 [-0,60, 0,15]
Fysisk aktivitet	92	4,8 (0,87) [3-6]	50 (4,8)	48 (4,8)	0,89 [-0,39 , 0,34]	42 (4,7)	58 (4,9)	0,18 [-0,60, 0,15]
Vektreduksjon	92	4,1 (1,01) [2-6]	50 (3,9)	48 (4,2)	0,02 [-0,85 , -0,70]	42 (4,2)	58 (4,0)	0,34 [-0,21, 0,59]
Reduksjon av alkoholforbruk	92	2,7 (0,98) [2-6]	50 (2,6)	48 (2,8)	0,14 [-0,66 , -0,96]	42 (2,9)	58 (2,5)	0,06 [-0,02, 0,74]

LIVSSTILSENDRING	N	TOTALT N GJENNOMSNITT, (STANDARD- AVVIK), [INTERVALL]	LISTEDELT			KONSULTASJONSDELT		
			GR 1: 601-1000 PASIENTER PÅ LISTEN N OG (GJENNOMSNIITT)	GR 3: 1401-2000 PASIENTER PÅ LISTEN N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]	GR 1: 10-20 KONSULTASJONER PER DAG N OG (GJENNOMSNIITT)	GR 2: 21-33 KONSULTASJONER PER DAG N OG (GJENNOMSNIITT)	P-VERDI OG [KONFIDENSINTERVALL]
Røykestopp	92	4,2 (0,90) [2-6]	25 (4,4)	27 (4,3)	0,62 [-0,37 , 0,61]	54 (4,0)	46 (4,4)	0,05 [-0,73, 0,00]
Kostendring	92	4,5 (0,93) [2-6]	25 (4,5)	27 (4,7)	0,47 [-0,70 , 0,33]	54 (4,4)	46 (4,7)	0,26 [-0,59, 0,16]
Fysisk aktivitet	92	4,8 (0,87) [3-6]	25 (4,8)	27 (4,9)	0,68 [-0,62 , 0,41]	54 (4,8)	46 (4,9)	0,42 [-0,50, 0,21]
Vektreduksjon	92	4,1 (1,01) [2-6]	25 (4,0)	27 (4,2)	0,40 [-0,82 , 0,33]	54 (3,8)	46 (4,3)	0,01 [-0,81, -0,12]
Reduksjon av alkoholforbruk	92	2,7 (0,98) [2-6]	25 (2,7)	27 (2,7)	0,88 [-0,61 , 0,52]	54 (2,6)	46 (2,8)	0,46 [-0,52 , 0,24]

TABELL 2. Tabellen viser en oversikt over svarene på spørsmål 9: Hvor ofte snakker du med pasienter om henholdsvis røykestopp, kostendring, fysisk aktivitet, vektreduksjon og reduksjon av alkoholinntak. N er lik antall allmennleger som har svart på spørsmålet. Verdiene for gjennomsnitt, standardavvik, intervall og konfidensintervall er beregnet ut i fra følgende: aldri = 1, mindre enn en gang i uken = 2, og så videre opptil flere ganger om dagen = 6.

søkte. Vi fant ingen forskjeller mellom kjønn og listestørrelser når det gjaldt fokus på livsstilsendringer.

Legene ble delt inn i to grupper med henholdsvis 10-20 eller 21-33 konsultasjoner per dag. Vi fant en signifikant forskjell mellom

disse gruppene når det gjaldt hvor ofte de snakket om vektreduksjon ($p = 0,01$, CI $-0,81$, $-0,12$). De legene som oppgav 10-20 konsultasjoner per dag, snakket mindre om vektreduksjon enn de med mange konsultasjoner per dag (TABELL 2).

Hvorfor tar ikke legen opp livsstil med pasienten?

Tabell 3 viser hva legene oppgav som de viktigste årsakene til ikke å snakke om livsstil med pasientene. Den viktigste barrieren var at pasienten selv ikke var motivert. Vi analyserte forskjellene mellom aldersgruppene, listestørrelse, kjønn og antall konsultasjoner hver dag. Her fant vi en statistisk signifikant forskjell mellom kjønn på alternativet; «når pasienten ikke er motivert for livsstilsendring». Vi fant ingen andre forskjeller mellom gruppene.

Hva kunne få deg til å gi mer råd og benytter du deg av spesifikke metoder i ditt endringsarbeid?

Vi ser av tabell 4 at legene ønsket seg undervisning i metoder, pasientrettet informasjonsmateriell og erfaringsutveksling for å kunne gi bedre rådgivning om livsstil. Tabell 5 viser

TABELL 3. Hva får deg til ikke å snakke med pasientene om livsstil?

	ANTALL LEGER
Frykt for pasientens negative reaksjoner	9
Når pasienten ikke er motivert for livsstilsendring	55
Det er for tidkrevende	25
Jeg mangler kunnskap om hvordan jeg skal motivere pasientene til endring	7
Ingenting	29

TABELL 4. Hva kunne få deg til å gi mer råd om livsstil?

	ANTALL LEGER
Pasientrettet informasjonsmateriell	45
Informasjonsmateriell rettet mot helsepersonell	14
Undervisning i metoder for å endre pasienters livsstil	58
Erfaringsutveksling	32
Ingenting	5

	ANTALL LEGER
Kognitiv atferdspåvirkning	30
Endringsfokusert rådgivning/motivasjonsintervju	46
Løsningsorienterte samtaler	61
Erfaringsutveksling	32
Ingenting	5

TABELL 5. Benytter du deg av spesifikke metoder?

	ANTALL LEGER
Kurs	62
Web-basert undervisning	24
Smågrupper	55
Litteratur	8
Videodemonstrasjoner	22

TABELL 6. Hvordan kunne du tenke deg å lære mer om motivasjonsarbeid/rådgivning?

at løsningsorienterte samtaler er den mest brukte metoden. På spørsmål om de ønsket å lære mer om motivasjonsarbeid/rådgivning (spørsmål 14) svarte 78 ja, mens 12 svarte nei. Vi analyserte forskjellene mellom aldersgruppene, kjønn, listestørrelse og antall konsultasjoner hver dag. Her fant vi ingen forskjeller.

Hvordan kunne du tenke deg å lære mer? Hvis ja på spørsmål 14, skulle de krysse av på hvordan de ønsket å lære mer. Vi ser av tabell 6 at en stor andel av legene ønsket seg kurs for å lære mer. Smågrupper var også et alternativ som mange krysset av for.

Diskusjon

Norske allmennleger er godt motiverte til å drive med livsstilsendrende arbeid. De mener at de har et ansvar, at de bør stå frem som forbilder ved selv å ha en sunn livsstil og at de har kunnskap og kompetanse for å motivere til livsstilsendring. Løsningsbaserte samtaler er den mest brukte metoden. Legene ønsker å lære mer og de har tro på at mer opplæring vil gjøre dem til bedre rådgivere. De ønsker kurs og smågrupper som undervisningsform for å lære mer. Det er små forskjeller mellom kjønn, alder, listestørrelse og antall konsultasjoner når det gjelder livsstilsveiledning.

Undersøkelsen presenterer et representativt utvalg av allmennleger, både når det gjelder alder, listelengde og erfaring. Vi hadde noe flere kvinner enn i fastlegepopulasjonen generelt. Dette kan representere en seleksjonsbias. Vi hadde for få deltagere til å få valide data for sammenligning av undergrupper. Spørreskjema ble utarbeidet fra tidligere validerte spørreskjema, samt en pilot testet på sju forskere ved faggruppe for allmennmedi-

sin ved Universitetet i Bergen. Vi mener at verktøyet som ble brukt er godt.

Samtaler om pasienters alkoholforbruk skiller seg ut som mer problematisk enn andre livsstilstema. Det snakkes mindre om alkohol, og legene føler i mindre grad at de klarer å motivere til reduksjon av alkoholforbruk. Kun 67 prosent var helt eller delvis enig i at de kunne motivere til dette. Er alkohol et mer tabubelagt tema? Er det moralsk vanskeligere for legen å ta dette opp fordi alkohol er et vanlig nytelsesmiddel i Norge og grensen for hva som er usunt forbruk er vanskelig å sette? I en undersøkelse blant norske allmennleger så en at norske allmennleger har større tendens til å intervensjon i et alkoholproblem de ser enn i å prøve å identifiserer et potensielt alkoholproblem (7). Det kom frem at allmennleger bekymrer seg for at det kan gå utover lege-pasient-forholdet når de spør pasientene om deres alkoholforbruk.

Vi fant en signifikant forskjell mellom eldre og yngre leger i hvor lang tid de bruker på å snakke om røykestopp og vektreduksjon. De eldre legene har mer tro på at de kan motivere til røykestopp, økt fysisk aktivitet og vektreduksjon enn de yngre legene. Vi vet lite om hva som er årsaken til denne forskjellen. Vi har ikke funnet andre studier som belyser denne forskjellen. I en studie fra 2004 fikk første-års medisinstudenter rådgivningskurs i livsstilsarbeid for å se om det kunne forbedre deres tro på seg selv som livstilsrådgivere og deres kunnskap på området. Undervisningen bestod av korte forelesninger, interaktiv klasseromsundervisning og rollespill med simulerte pasienter. Når en sammenlignet studentene før og etter kurset, hadde de signifikant større tro på seg selv og mer kunnskap om livstilsarbeid etter kurset (8). Dette kan tyde på at mer fokus på livstilsarbeid i medisinstudiet kan motarbeide denne forskjellen.

Kvinner vegrer seg mer for å ta opp livstilstema når pasienten ikke er motivert for livstilsendring og er mer enige enn menn i påstanden om at livsstil var lite påvirkelig hos pasientene. Det er vanskelig å si hva denne kjønnsforskjellen kommer av, men vi kan tenke oss at kvinnelige leger fokuserer mer på de pasientene som selv viser motivasjon til livstilsendring. Dette kunne vært interessant å forske videre på.

Vi undersøkte også om listestørrelse og antall konsultasjoner per dag kunne ha noe å bety for hvor mye tid allmennlegene brukte på livstilsendrende arbeid. Her fant vi ingen forskjell mellom gruppene. Dette kan indikere at antall pasienter ikke er en begrensende faktor for å fokusere på livstilsendringer i egen praksis. Bruk av tid var en barriere for en fjerdedel av de spurte, men det er for få som har besvart spørsmålet til at vi kan se

noen signifikant forskjell mellom gruppene. I kommentarfeltet til «Hva kunne få deg til å gi mer råd om livsstil?» var det fem allmennleger som skrev at bedre tid kunne fått dem til å gi mer råd om livsstil. Man kan tenke seg at dersom spørsmål om tidsfaktoren var et eget alternativ så ville flere krysset av.

Det var stor interesse blant allmennlegene for å lære mer om motivasjonsarbeid og rådgivning når det gjelder livstilsendring. Motivasjonssamtalen er en metode som har vist å ha klinisk relevant effekt på livstilsendring (4). Ut fra vår undersøkelse kunne kurs i motiverende intervju (MI) vært et godt alternativ for leger som ønsker å lære mer. Det er få tilbud om kurs i motivasjonsarbeid for leger. Kurs kunne med fordel vært integrert i medisinstudiet og i allmennlegers videre- og etterutdanning.

Norske allmennleger ser på livstilsendrende arbeid som en viktig del av jobben som allmennlege og de ønsker mer kunnskap om metoder for livstilsarbeid.

Takk til:

- Solstrandkomiteen – arrangørene av Solstrandkurset
- Deltagerne på Solstrandkurset
- Allmennmedisinsk forskningsgruppe på Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

REFERANSER

1. Nielsen, AJ et al (2006) Sundhetspersonalets rådgivning om sundhetsatferd; En kartlegning og analyse. DSI Rapport 2006.06.
2. Berit Bringedal, Olaf G. Aasland- Legers Bruk og vurdering av grønn resept. Tidsskr Nor Lægeforen nr 8, 2006; 126: 1036–8.
3. Stephen Rollnick & Whilliam R. Miller- What is MI? (1995) What is Motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325–334.
4. Sune Rubak, Anneli Sandbæk, Torstein Lauritzen, and Bo Christensen. Motivational Interviewing: A systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice. April 2005; 55: 305–312.
5. Arild Opheim, Sven Andreasson, Astri Brandell Eklund and Peter Prescott. The effects of training medical students in motivational interviewing. Health Education Journal. 2009. 63 (3): 170–178.
6. Tidsskrift Norsk Legeforening. Kunngjøring: Solstrandkurset 2011. Kunngjøring publisert 04.03. 2011 Tidsskriftets nettside: http://tidsskriftet.no/article/2084127http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2009/sporreundersokelse-om-fysioterapi-i-komm.html?id=547278
7. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. Alcohol Alcohol. 2010 Mar-Apr; 45 (2): 207–12
8. Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. Mayo Clin Proc. 2004 Mar; 79 (3): 327–31.

Thomas.Mildestvedt@isf.uib.no