

Rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslssjukdom

Praktisk tillämpning och preliminära erfarenheter av en "beteendefokuserad" modell¹

Jan Lisspers

Arne Öhman

Åke Nygren

Praktiska aspekter av en "beteendefokuserad" interventionsmodell för rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslssjukdom redovisas. Vid HälsoInvest Föllinge tillämpas modellen sedan 1991 i ett internatbaserat program som består av fyra veckor inledande internatsvistelse och därefter ett 11 månaders strukturerat vidmakthållandeprogram. Programmet är inriktat mot en multifaktoriell livsstilsförändring. Det är till karaktären en kombination av individuella- och grupp-baserade pedagogiska aktiviteter, med stark betoning av personens eget ansvar och egen aktivitet, samt av insatser för vidmakthållande och "återfallsprevention". I det tvärvetenskapliga personalteamet har sjuksköterskor en central sammanhållande funktion för varje individ. Vissa erfarenheter och preliminära resultat redovisas, vilka tyder på att goda resultat uppnås speciellt när det gäller vidmakthållandet av uppnådda livsstilsförändringar.

Jan Lisspers är dr med sci, leg psykolog, leg psykoterapeut och verksam vid Mitthögskolan Östersund och Institutet för Framtidsstudier. Arne Öhman är professor vid Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, sektionen för psykologi vid Karolinska institutet och Åke Nygren är professor vid Karolinska institutet och även verksam vid Institutet för Framtidsstudier.

har varit att i ett tvärvetenskapligt, beteendemedicinskt sammanhang applicera moderna, vetenskapligt baserade psykologiska och pedagogiska principer med en "beteendefokuserad" inriktning för att i praktisk verksamhet åstadkomma optimala beteendeförändringar, och vidmakthållande av dessa, för så många som möjligt.

Modellen utgår från en noggrann och konkret analys av målbeteenden, samt en detaljplanerad serie av interventioner som på ett effektivt sätt kan åstadkomma stabila beteendeförändringar. I detta ingår bl a en anpassning av åtgärderna till olika faser i förändringsprocessen, utnyttjande av omedelbara positiva effekter av beteendeförändringen, konsekvent betoning av personens egna ansvar i olika stadier, inriktning mot förberedelse för den framtida livsstilsförändringen i vardagslivet, samt insatser för vidmakthållande av uppnådda beteendeförändringar.

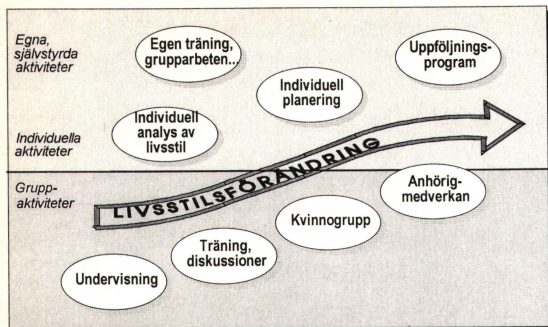
Programmet "LIVsstilsförändring" - praktisk tillämpning av en "beteendefokuserad modell"

Den beteendefokuserade modellen har använts som utgångspunkt vid planering och utveckling av det program för rehabilitering och sekundärprevention som används vid HälsoInvest Föllinge och har i detta utvecklingsarbete i praktiken visat sig vara mycket användbar. I föreliggande artikel kommer mera praktiska aspekter på detta arbetssätt samt en del erfarenheter och preliminära resultat från de pågående utvärderingsprojekten (Nordlander och Lisspers, 1992, Nygren, Öhman och Lisspers, 1992; Lisspers och Nygren, 1995) att redovisas.

Programmet består av totalt *ett års intervention*. Det startar med *fyra veckors internatsvistelse* vid HälsoInvest Föllinge och därefter följer ett 11 månaders strukturerat "*uppföljnings- och vidmakthållandeprogram*" (Figur 1).

I en tidigare artikel (Lisspers och Öhman) beskrevs en "beteendefokuserad" modell för rehabilitering och sekundärprevention genom livsstilsförändring vid kranskärslssjukdom. Utgångspunkten för denna modell

¹ Föreliggande arbete har genomförts med stöd av anslag från AMF Sjukförsäkring till författarna.



Figur 1. Principiell beskrivning av rehabiliteringsprogrammet "LIVsstilsförändring" vid HälsoInvest Föllinge.

Syftet med hela programmet är att förändra de viktigaste riskbeteendena i den vardagliga livsstilen. Livsstilsförändringarna måste vara tillräckligt stora för att effekter på de livsstilsrelaterade riskfaktorerna ska åstadkommas. Därigenom kan en påverkan på den fortsatta sjukdomsutvecklingen uppnås, och risken för återinsjuknande minska. Beteendeförändringarna måste vara av den karaktären att personen i praktiken kan införliva den nya livsstilen i sitt vardagsliv - och dessutom förmår vidmakthålla dem i fortsättningen!

De områden i den vardagliga livsstilen som tas upp i olika programdelar är stresshantering (och "Typ-A beteende"), kostvanor, motionsvanor och tobaksanvändning. Andra områden som behandlas är arbetssituation/arbetsåtergång och sociala kontakter/aktiviteter. Dessutom finns speciella aktiviteter för kvinnliga deltagare, för att bearbeta problem specifika för kvinnor med hjärtsjukdom samt för överviktiga, som ett komplementär stöd i strävan att varaktigt gå ned i vikt.

Personalteamet har en tydligt tvåvetenskaplig sammansättning, där experter från olika kompetensområden är huvudansvariga för uppläggning av undervisning och övrig intervention inom respektive huvudområde: dietist vad gäller kosten, sjukgymnast vad gäller den fysiska träningen, psykolog vad gäller stresshanteringen, sjuksköterska vad gäller tobaksanvändningen och läkare vad gäller olika medicinska aspekter. Det praktiska interventionsarbetet bygger i övrigt i hög grad på att sjuksköterskor har en central funktion för varje individ.

Gästerna tas emot varje vecka i grupper om 8 personer (max 32 platser). Dessa grupper hålls sedan sam-

man under hela vistelsen för att utnyttja gruppprocesser och ta tillvara den styrka som gruppstödet ger. Varje gäst har dessutom *individuell kontakt* med en egen kontaktsköterska, vilken fungerar som den samlande punkten för hela programmet. Under den tredje veckan uppmuntras och förväntas en *anhörig* delta i programmet.

I de olika *gruppsaktiviteterna* sker en stor del av undervisningen, diskussioner samt träning för livsstilsförändring inom de olika huvudområdena. Där används gruppen och det stöd gruppen innebär som en viktig del av pedagogiken. Konsekvent betonas samtidigt *det personliga ansvaret* t ex genom självstyrda grupparbete och egen, individuell aktivitet och träning. I många sammanhang används *kontinuerliga självobservationer* vilket bl a möjliggör uppföljning och feedback på personens egenstyrda aktiviteter.

För att en effektiv påverkan ska kunna ske är det av avgörande betydelse att insatserna individualiseras och anpassas till varje individs behov och förutsättningar. Detta görs, förutom i de olika gruppaktiviteterna, framför allt genom den regelbundna individuella kontakt som varje person har med sin *kontaktsköterska*, där mycket av det som tas upp i gruppaktiviteterna kan konkretiseras och ytterligare bearbetas för den enskilde individen. Denna nära kontakt ger stöd och uppmuntran och står dessutom för trygghet och kontinuitet i det mångfacetterade programmet. I denna kontakt finns även goda möjligheter att ta upp och bearbeta krisreaktioner, ångest och andra känslomässiga reaktioner som hänger samman med t ex hjärtinfarkt eller en kranskärlsoperation, samt även andra problem av mera personlig karaktär.

Ett viktigt syfte med dessa individuella kontakter är att bygga upp en nära och personlig "terapeutisk" relation som gör att instruktioner, uppmuntran, berör, uppskattning och eventuell negativ feedback från kontaktsköterskan verkligen har emotionell betydelse för personen och därigenom också kan ha en motiverande funktion, (Figur 2).

Den diagnostiska utredning kontaktsköterskan gör tillsammans med personen omfattar en *kartläggning av den tidigare livsstilen*, både före det akuta sjukdoms-

För att en effektiv påverkan ska kunna ske är det av avgörande betydelse att insatserna individualiseras och anpassas till varje individs behov och förutsättningar

Gruppaktiviteterna:

Kunskap Motivation Förståelse/Insikt
Medvetenhet Färdighetsträning Vaneutveckling.....



Figur 2. Kontraktsköterskans centrala roll i programmet "Livsstilsförändring".

tillfället och efter. Tillsammans görs mot slutet av vistelsen en mycket konkret *planering* av gästens fortsatta livsstilsförändring vid hemkomsten, vilken innefattar prioriteringar och målbeskrivningar på kort och lång sikt. I dessa samtal görs också en analys av arbetssituationen och en planering av åtgärder för en lämplig arbetsåtgång. De olika delarna i planeringen sammanfattas konkret i ett skriftligt dokument, vilket sedan används i det fortsatta uppföljningsarbetet.

Med kännedom om svårigheterna att uppnå långtidsvidmakthållande av beteendeförändringar, är det av största vikt att programmet kan fungera som ett stöd under den i ett längre perspektiv helt avgörande fasen, nämligen när personen själv ska börja tillämpa livsstilsförändringarna och anpassa dem till sitt eget dagliga, vanemässiga liv.

Uppföljnings- och vidmakthållandeprogrammet bygger på den planering som gjorts tillsammans med kontaktsköterskan, vilken följs upp i regelbundna kontakter, både via brev och via telefon, mellan gäst och kontaktsköterska. Telefonsamtal genomförs dels vid förutbestämda tidpunkter och dels när behov uppstår av något skäl. Under internatvistelsen lär sig gästen att göra kontinuerliga självobservationer, en s.k. "livsstilsdagbok". Dessa dagboksregistreringar görs sedan under uppföljningsåret (i början kontinuerligt, dagligen och därefter sammanfattande över längre perioder), när de arbetar med att införa sina planerade livsstilsförändringar i det normala livet "på hemmaplan". Dagboksanteckningarna sänds in per post och utgör grunden för den regelbundna kommunikationen mellan gäst och kontaktsköterska. Förutom kommentarer och feedback direkt från sin kontaktsköterska, ges personen återkoppling i form av sammanfattningar av registreringarna i diagramform på de förändringar som gjorts (vilka tas fram via ett egenutvecklat datasystem).

Några preliminära erfarenheter och resultat

Sedan starten, hösten 1991, har nu totalt över 600 personer genomgått programmet "Livsstilsförändring" vid HälsoInvest Föllinge. Preliminärt kan konstateras att programmet praktiskt fungerar bra och en allmän bedömning är också att goda resultat uppnås. Mycket få akuta komplikationer har inträffat under vistelsen, varav endast en infarkt (vilken skedde under de allra första dagarna efter ankomst).

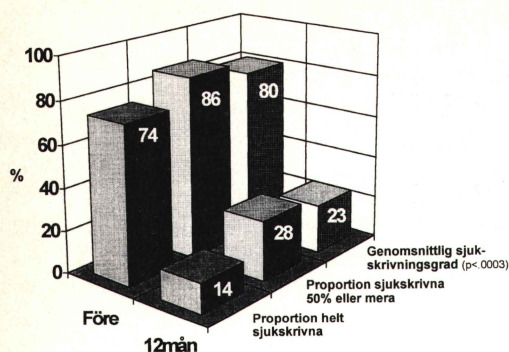
I det pågående vetenskapliga utvärderingsprojektet görs mycket omfattande mätningar för att bedöma effekterna av interventionen i så många avseenden som möjligt. Detta gäller både kliniska huvudeffekter (som infarktisk/mortalitet, arbetsgång, sjukskrivningsmönster, vårdutnyttjande, livskvalitet etc), mera "omedelbara" effekter (som arbetskapacitet, lipidstatus, blodtryck, vikt etc), olika psykologiska och psykosociala faktorer (som Typ-A beteende, ångest, depression, socialt stöd etc) samt vardagliga livsbeteenden (som kost- och motionsvanor, stresshantering, tobaksanvändning etc). Uppföljningar kommer att göras i åtminstone fem år efter deltagandet i programmet.

Enligt vår kännedom har till dags dato (våren 1995) 10 personer i det totala materialet under denna tid hittills avlidit (tre av icke-kardiella orsaker). Detta innebär ca 1,5% total respektive 1,1% kardiell mortalitet (medelåldern var vid behandlingstillfället ca 53 år).

För närvarande pågår insamling och analyser av de första 1- och 2-års resultaten. Nedan redovisas mycket kortfattat några preliminära delresultat vad gäller alla de 153 personer som deltog i programmet under 1992. Medelåldern hos dessa var 54 år och majoriteten (73%) var män. Cirka en fjärdedel (28%) hade haft hjärtinfarkt, medan 39% genomgått by-pass operation och 20% PTCA.

Resultaten visar att förväntade och kliniskt meningsfulla förändringar i olika medicinska parametrar sker redan under den 4 veckor långa internatvistelsen. T ex minskar genomsnittliga kolesterolnivån från 6,5 till 5,5, LDL från 4,3 till 3,6, LDL/HDL-kvoten från 4,1 till 3,8. Förväntade förändringar skedde även vad gäller systoliskt (134-127) och diastoliskt blodtryck (82-79), samt vad gäller den maximala arbetskapaciteten vid arbets-EKG (143-167). Alla dessa förändringar är statistiskt säkerställda.

Förväntade och kliniska meningsfulla förändringar i olika medicinska parametrar sker redan under den 4 veckor långa internatvistelsen



Figur 3. Förändring i sjukskrivningsmönstret vid 1-årsuppföljningen.

Figur 3 illustrerar förändringen i sjukskrivningsgrad vid 1-årsuppföljningen (för de personer där data finns tillgängligt och vilka hade stadigvarande arbete vid starten av programmet). Som framgår skedde mycket tydliga (och statistiskt säkerställda) förändringar i sjukskrivningsgraden. Endast 14 procent hade inte återgått i någon form av arbete vid 1-års uppföljningen.

Också vad gäller *förbättrad livskvalitet* (vilket naturligtvis är ett av de viktigaste långsiktiga rehabiliteringsmålen) har det skett en markant och statistiskt säkerställd förändring. Detta gäller både den totala livskvalitetsbedömningen (figur 4) och uppdelat på somatiska, aktivitets- och psykiska aspekter av livskvaliteten (mätt med formuläret QLQ-AP; Wiklund,

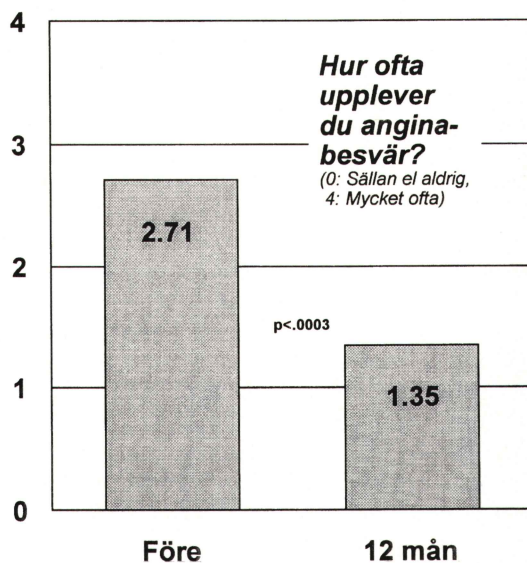
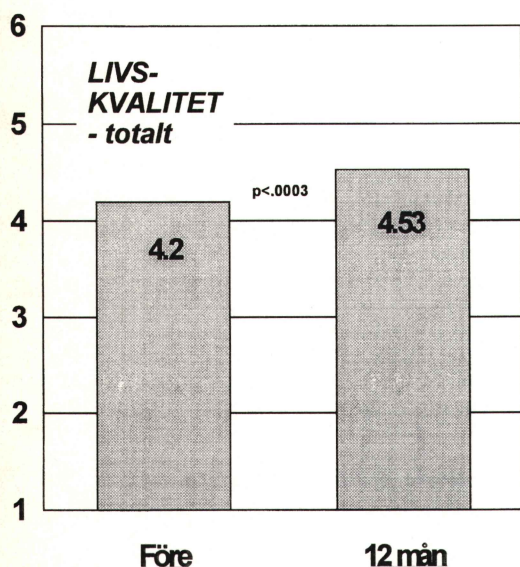
1988). En tydlig minskning av självrapporterade anginafrekvensen kunde också konstateras (figur 4, höger bild).

Sammantaget ger dessa data en preliminär indikation på att statistiskt säkerställda, kliniskt meningsfulla och för personen betydelsefulla förbättringar har skett efter 1 år vad gäller viktiga kliniska ändpunkter. Även om dessa förbättringar verkar ligga på en nivå åtminstone i paritet med andra publicerade resultat inom området, kan naturligtvis det absoluta eller relativa värdet av förbättringarna inte värderas förrän jämförelse kan ske med randomiserat kontrollmaterial. Nyare svenska studier tyder dessutom på att de mest tydliga effekterna av omfattande interventioner vid kranskärslssjukdom kanske inte uppkommer förrän efter 5 till 10 år (Hedback och Perk, 1987; Hedback, Perk och Wodlin, 1993), vilket i så fall betyder att de slutliga kliniska resultaten kan fastställas först vid senare uppföljningsmätningar.

För att långsiktiga kliniska effekter ska kunna förväntas är de faktiska förändringarna av de riskfaktorrelaterade livsstilsbeteendena - och vidmakthållandet av dessa - av allra största vikt. Om meningsfulla förändringar har skett och om dessa har kunnat vidmakthållas vid 1-års uppföljningen bör detta kunna inge optimism angående de långsiktiga kliniska effekterna.

En viktig del i programmet är stresshanteringen och i tabell 1 visas resultaten före deltagandet och vid 1-års uppföljningen på några av de frågeformulär som mäter olika psykologiska och stressrelaterade faktorer.

Tydliga, positiva och statistiskt säkerställda föränd-



Figur 4. Förändring i livskvalitet ("QLQ-AP") och upplevda anginabesvär vid 1-årsuppföljningen.

Tabell 1. Förändring i några viktiga psykologiska faktorer vid 1-årsuppföljningen

Skala	Faktor	Före	12 mån	Sign	Ref.värde
HALTAM (Totalpoäng)	Typ-A (totalt)	4.75	4.40	p<.0003	-
HALTAM (Bortner)	Typ-A (Bortner-skalan)	5.12*	4.64*	p<.0003	4.82
HALTAM (Ilska)	Typ A (ilska)	4.40*	4.07	p<.03	3.96
HALTAM (Tidspress)	Typ-A (tidspr.ambition)	5.27*	4.36*	p<.0003	4.96
Anger Expression (AX/EX)	totalt upplevd ilska	29.9	28.0	p<.0003	-
Anger Expression (AX/In)	inåtvänd ilska	16.2	15.0*	p<.0003	16.04
Anger Expression (AX/Out)	utåtvänd ilska	13.7*	13.0*	p<0.15	16.14
Cynical Distrust (CD)	fientlighet	2.70	2.53	p=.0015	-
State- Trait-Anger (STAS)	ilska	1.75	1.67	p<.0003	-

* Signifikant skilt från referensvärdet

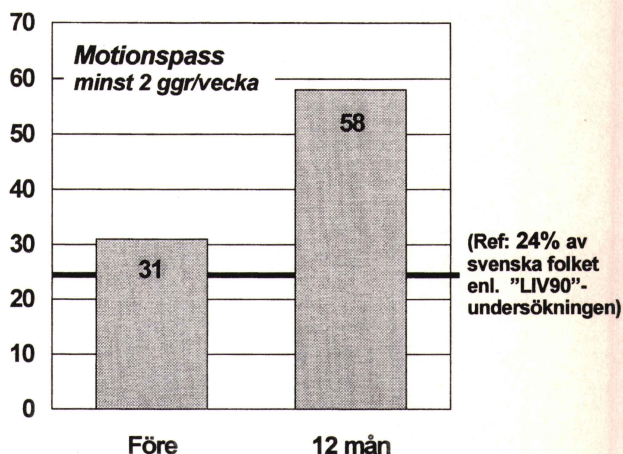
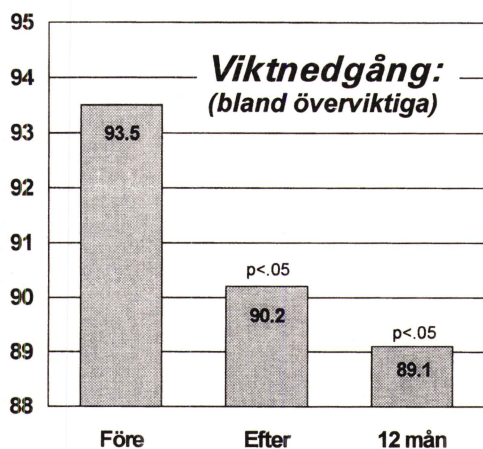
ringar hade skett i flera olika mått på "Typ-A beteende" och *irritation-ilska-fientlighet* (vilka är bland de allra viktigaste ingredienserna i programmet). Som framgår visar dessa förändringar en klart positiv bild i förhållandet till relevanta svenska referensvärden (normalpopulation i motsvarande åldersgrupper).

Ytterligare preliminära resultat tyder på att meningsfulla beteendeförändringar verkligen gjorts även inom andra livsstilsområden och att dessa dessutom tenderar att vidmakthållas mycket bra efter ett år. Femtiosju procent av de som rökte vid ankomsten eller som hade slutat högst 3 månader innan var vid 1-års uppföljningen fortfarande rökfria. Den genomsnittliga viktnedgången (hos de med minst 10% övervikt vid ankomst, BMI: 26/28 för kvinnor/män) har vidmakthållits och var vid 1-års uppföljningen nästan 4,5 kilo (se figur 5). Dessutom framkom att nästan 60% av deltagarna vid 1-årsuppföljningen gjorde ordentliga motionspass (med "medelhög ansträngningsgrad") 2 gånger eller mer per

vecka. Som framgår av figur 5 kan detta jämföras med ca 24% av svenska befolkningen i motsvarande åldersgrupp enligt "LIV-90 undersökningen" (Engström, Ekblom; Forsberg, Koch och Seger, 1993). Hela 40% av deltagarna motionerade 3 gånger eller mer per vecka (jämfört med endast 14% av svenska befolkningen). Det genomsnittliga antalet motionstillfällen (inklusive "vardagsmotion" längre än 20 minuter) har successivt ökat under uppföljningsperioden och är vid 1-års uppföljningen *ca ett motionstillfälle dagligen!*

I en första delrapport från en oberoende studie som genomförs på detta material av Försäkringskassan, Stockholm (Tennmark och Henerud, 1993) framkom att enkätsvaren är övervägande positiva, personerna anser sig ha lärt sig mycket nytt under vistelsen och de uppger även att de i praktiken förändrat livsstil i hög grad. Författarna sammanfattar:

"Med deras egna ord visar resultatet att programmet fungerar mycket bra. Försökspersonerna redovisar att de fått



Figur 5. Viktnedgång och motionsfrekvens vid 1-årsuppföljningen.

nya/ytterligare kunskaper om de aktuella livsstilsfaktorena, motion, kost, tobaksanvändning och stresshantering. Även vidmakthållandet så långt (ca 2 månader efter vistelsen) fungerar bra. Personalen vid HälsoInvest beskrivs som kun- nig och professionell. Många av försökspersonerna har på olika sätt uttryckt sin tacksamhet över att de har kommit ifråga för projektet”.

Slutsatser

Den ”beteendefokuserade modell” som här använts som utgångspunkt vid planering och utveckling av detta program för rehabilitering och sekundärprevention har i praktiken visat sig vara mycket användbar. Utvecklingen och analyserna av olika programdelar har kunnat sättas in i ett teoretiskt och principiellt sammanhang, vilket varit meningsfullt och fruktbart för olika medverkande yrkesgrupper. För deltagarna har det också inneburit att det finns en enhetlighet och samstämmighet i de olika programdelarna som säkert utgör en viktig strukturerande faktor i den mångfacetterade intervention som ett multifaktoriellt program av detta slag innebär.

Vid nationell och internationell jämförelse kan konstateras att interventionsprogrammet, i dess praktiska uppläggning, står sig gott och att det åtminstone till vissa delar (t ex uppföljnings- och vidmakthållande programmet) verkar vara relativt unikt. De informella och praktiska erfarenheterna från programmet är också goda och de redovisade preliminära 1-års resultaten visar när det gäller de kliniska rehabiliteringsresultaten sammantaget en positiv tendens.

Ännu viktigare är dock att *meningsfulla förändringar faktiskt har gjorts* i de livsstilbeteenden som har varit focus för interventionen, och framför allt då dessa verkar ha *vidmakthållits i anmärkningsvärt hög grad*. För de sekundärpreventiva långtidseffekterna bedöms detta naturligtvis vara av allra största vikt!

Slutliga bedömningar av värdet av den beskrivna modellen, liksom slutsatser om den absoluta och relativa kliniska effektiviteten i det beskrivna programmet, måste dock vänta tills mera omfattande undersökningar med längre uppföljningstider och jämförelser med randomiserat kontrollmaterial har genomförts. Sådana studier pågår för närvarande.

REFERENSER

- Engström, L M, Ekblom B, Forsberg A, Koch M, Seger J (1993): LIV 90: Livsstil - Prestation - Hälsa (Rapport 1). Stockholm: Folksam m fl.
- Hedback B, Perk J (1987): 5-year results of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *Eur Heart J*; 8:234-242.
- Hedback B, Perk J, Wodlin P (1993): Long-term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10-year results of a comprehensive rehabilitation programme. *Eur Heart J*; 14:831-835.
- Lisspers J, Nygren Å (1995): Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslssjukdom (HEUREKA). Institutet för Framtidsstudier. Projektbeskrivning.
- Lisspers J, Öhman A (1996): Livsstilsförändring på livstid: En ’beteendefokuserad’ modell för eftervård vid kranskärslssjukdom. *Läkartidningen*; 93 (15):1453-1458.
- Nordlander R, Lisspers J (1992): Multifaktoriell utvärdering av ett program för livsstilsförändring vid rehabilitering efter PTCA. HälsoInvest Föllinge/Kardiologkliniken, Karolinska sjukhuset.
- Nygren Å, Öhman A, Lisspers J (1992): LIVsstilsförändring: Sammanfattning av projektplan. HälsoInvest Föllinge.
- Tennmark B, Henerud B M (1993): Rapport från projektet ’Effekter av yrkesinriktad rehabilitering vid kranskärslssjukdom’ (1993-09-24). Stockholm: Försäkringskassan i Stockholm.
- Wiklund I (1988): Livskvalitet hos patienter med kardiovaskulära sjukdomar. *Scand J Behav Ther*; 17:87-98.