

Inter99

Livsstilssamtalen

Livsstilsaktøren: læge, sygeplejerske eller klinisk diætist. Der var stor kontinuitet med stort set det samme personale i de første fem år af studieforløbet. Alle blev uddannet som rygestopinstruktører på tre-dages kursus og oplært i kostvejledning af den kliniske diætist, der var ansat ved projektet. Desuden modtog personalet undervisning i sundhedspædagogiske teorier samt træning i sundhedspædagogiske redskaber, specielt den motiverende samtale.

Før livsstilssamtalen

1. Spørgeskema

Et spørgeskema omhandlende bl.a. alment helbred, motions-, kost- og rygevaner foruden sociale forhold var blevet sendt hjem til deltageren sammen med invitationen til at deltage i Inter99. Et omfattende spørgeskema kun omhandlende kostvaner blev udleveret og udfyldt samme dag, som samtalen fandt sted.

Ved deltagerens fremmøde blev spørgeskemaerne kigget igennem og kontrolleret for manglende afkrydsninger. Hvis der manglede krydser, blev deltageren bedt om at udfylde de manglende felter.

Der blev i gennemlæsningen specielt lagt vægt på livsstil, dvs. rygestatus, hvor fysisk aktiv deltageren var, hvordan kost- og alkoholvanerne var, og om deltageren var motiveret for at ændre på dette. Man noterede sig, om der var kendt sygdom, kendt forhøjet kolesterol, blodtryk og blodsukker, og om personen havde mange symptomer (smerter i brystet, ryg,

hovedpine, hoste m.m.). Endelig dannede man sig et overblik over deltagerens personlige velbefindende og sociale og arvelige forhold (sukkersyge og hjertesygdom).

2. Registrering

Kolesterol, blodtryk, højde, vægt, rygestatus, køn, navn og fødselsdato blev indtastet i det elektroniske program PRECARD[®] (udviklet til at vurdere individuel risiko for hjertekarsygdom), sammen med oplysninger om deltageren tidligere havde haft blodprop i hjertet, havde kendt sukkersyge, og hvorvidt deltagerens mor eller far havde haft blodprop i hjertet i ung alder. Alder blev fremskrevet til 60 år hos alle deltagere (undtagen i de første to opstartsuger).

Livsstilssamtalens forløb

1. Velkomst

Deltageren blev hentet i opholdsstuen. Der blev i velkomsten lagt vægt på, at personalet var smilende, imødekommende og trykkede alle deltagere i hånden, for at deltageren skulle føle sig meget velkommen. Der blev givet tid til et par minutters uforpligtende, løs samtale for at skabe tryghed.

2. Resultater

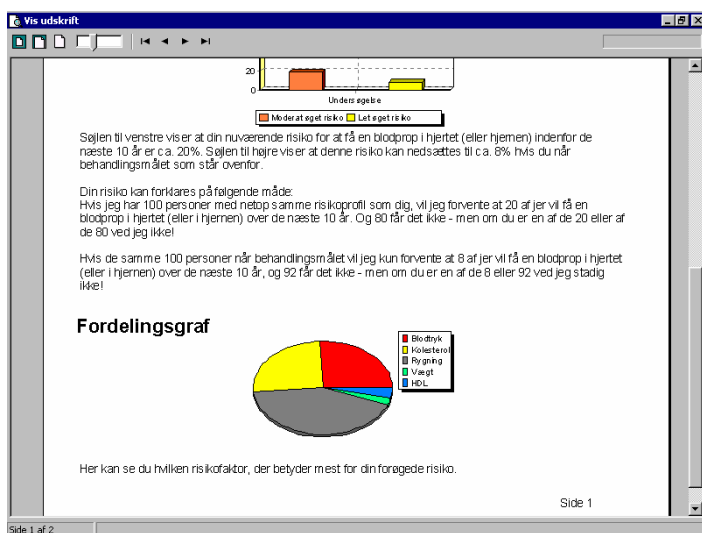
Livsstilsaktøren forklarede kort for deltageren, hvilke værdier der var blevet målt (kolesterol, blodtryk, vægtfordeling, BMI og blodsukker), om disse var normale eller forhøjede, spurgte til tidligere fund samt besvarede spørgsmål. Deltageren blev oplyst om, at kolesterol og blodsukkerværdierne var foreløbige, og at yderligere analyser ville blive foretaget på Steno Diabetes Center med henblik på korrekte værdier, som vi ville have

svar på om tre-fire uger. Deltageren blev orienteret om, at hun/han kun ville få et brev tilsendt, hvis prøverne var forhøjede ved den endelige analyse på Steno Diabetes Center.

3. Risikoformidling

Deltageren fik generel information om hjertesygdom, og hvis deltageren eller hans/hendes forældre havde haft hjertesygdom, blev der spurgt mere detaljeret ind til dette. Det blev forklaret, at der var risikofaktorer, der ikke kunne ændres på (f.eks. køn og tidligere blodprop i hjertet), men at deltageren selv havde en meget stor indflydelse på sin risiko og kunne mindske risikoen via sund livsstil.

Det blev gennemgået, hvad PRECARD[®] viste (se billede).



Det blev oplyst, at alderen blev fremskrevet til 60 år, da risikoen generelt er meget lav i ung alder (specielt for kvinder), og at man ville se, hvordan risikoen for blodprop i hjertet var senere i livet. Denne beregnede risiko forudsatte, at deltageren blev ved med at leve, som hun/han gjorde nu. Livsstilsaktøren brugte de to grafer til at illustrere risiko.

Søjlediagrammet blev brugt til at fortælle deltageren, om hun/han var i høj eller lav risiko for at få blodprop i hjertet. En risiko på 20% blev forklaret på denne måde (eksempel):

”Hvis der er 100 mennesker, der lever fuldstændig som dig og har samme køn og risikoprofil i øvrigt, så vil jeg forvente, at 20 af jer får en blodprop i hjertet (eller hjernen), inden for 10 år, og at de 80 ikke gør. Men om du er én af de 80 eller én af de 20, ved jeg ikke.” Ændring i risiko blev forklaret ved (eksempel):” Hvis du holder op med at ryge, og det lykkes dig at motionere lidt mere og spise lidt sundere, så du taber 5 kg, vil din risiko falde til 10%. Det vil sige, at kun 10 ud af de 100, som lever som dig og i øvrigt har helt samme risikoprofil som dig, vil få en blodprop i hjertet, inden for 10 år, mens de 90 ikke gør det. Men igen ved jeg ikke, hvilken gruppe du tilhører.”

Hos deltagere, der var i højrisiko på grund af ikke-korrigerbare risikofaktorer (tidligere blodprop i hjertet, sukkersyge eller arvelig belastning), blev den høje risiko nedtonet, hvis de levede sundt, mens livsstilsaktøren brugte mere tid til risikoformidlingen, hvis deltageren levede usundt (uanset risiko).

Med udgangspunkt i lagkagediagrammet i PRECARD[®] blev det gennemgået, hvilke faktorer (rygning, kolesterol, blodtryk, vægt), der udgjorde den største risiko for deltageren. Det blev kort forklaret, hvordan vægt, blodtryk og kolesterol hænger sammen med kost og fysisk aktivitet og om gevinsten ved livsstilsændring.

4. Livsstilssamtalen

Livsstilsaktøren dannede under læsning af spørgeskema og den indledende samtale et indtryk af, hvilke livsstilsfaktorer deltageren var mest interesseret i at ændre, og det var oftest dem livsstilsaktøren ville begynde at tale med deltageren om. Derefter blev der indhentet tilladelse hos deltageren til at tale mere om livsstil (eksempel) ”Er det i orden for dig, at vi taler mere om din kost?”. Såfremt deltageren svarede ja, hvilket de næsten altid gjorde, fortsatte livsstilsaktøren med et åbent spørgsmål (eksempel) ”Hvilke tanker gør du

dig selv om din kost?”. Hvis deltageren svarede nej, spurgte livsstilsaktøren, om der var én af de andre livsstilsfaktorer, deltageren var interesseret i at tale mere om.

Samtalerne var dybdegående, f.eks. kunne kostsamtalen foregå ved, at deltageren fortalte om sine madvaner fra morgenmad til natmad, mens der lå en planche, som livsstilsaktøren kunne pege på, som viste fedtindholdet i de enkelte fødevarer eller måltider. Undervejs kunne livsstilsaktøren stille spørgsmål eller komme med forslag til ændring.

Livsstilssamtalen var baseret på, at livsstilsaktøren var spørgende og lyttende, men også styrede samtalen. Der blev lagt stor vægt på at vise empati og indlevelse i deltagerens situation og forstå det komplekse samspil af tidligere erfaringer, livssituation, tanker og følelser forbundet ved den livsstil, deltageren talte om. Livsstilsaktøren forsøgte at komme bag om barrierer, finde ønske om og ressourcer til forandring og afdække evt. bekymring over for at forandre livsstil. Livsstilsaktørens rolle var primært støttende, og det var deltagerens eget ønske om forandring, ikke overtalelse, der skulle resultere i et skridt mod sundere livsstil.

Når deltagerne kom igen til tredje undersøgelse, og der var opnået en større fortrolighed, valgte livsstilsaktøren nogle gange en lidt mere konfronterende samtaleform til deltagere, der havde en meget afglidende holdning (eksempel): ”Kunne du forestille dig en situation, som alligevel fik dig til at overveje at holde op med at ryge?”

5. Anbefalinger

Anbefalinger blev givet til de deltagere, der gav tilladelse til at diskutere nævnte livsstil.

Deltagerne blev anbefalet ændringer mod en sund livsstil, som de kunne holde ud at leve med resten af livet.

Fokus for livsstilssamtalen lå især på rygning, kost og fysisk aktivitet. Der var ikke ressourcer til at rådgive deltagere med meget stort alkoholmisbrug; de blev henvist til foreninger, der arbejdede med denne patientkategori. Deltagere med alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens grænser (to genstande dagligt for kvinder og tre for mænd) blev oplyst om risikoen ved dette indtag og opfordret til at reducere det daglige forbrug. Alle rygende deltagere (uanset antal cigaretter daglig) blev opfordret til rygestop. Alle rygere, der slet ikke ønskede at holde op med at ryge, blev opfordret til at ryge så lidt som muligt.

Alle deltagere, der havde sukkersyge, forstadie til sukkersyge (IGT), forhøjet kolesterol, blodtryk eller vægt eller var i samlet høj risiko, fik en samtale om kost og fysisk aktivitet. Urealistiske, hurtige ændringer inden for kost ("slankekuere") og motion blev frarådet.

Deltagere med højt kolesterol eller sukkersyge fik en grundigere gennemgang af relevante fødevarer.

Deltagere, der kun var fysisk inaktive eller kun spiste usundt men ikke havde andre risikofaktorer, fik en kortere samtale om enten fysisk aktivitet eller kost.

6. Tilbud

Alle rygere, der viste den mindste interesse for rygestop, uanset om de var i gruppe A (højintensitetsgruppen) eller B (lavintensitetsgruppen), blev tilbudt prøver på nikotinprodukter, f.eks. et plaster og/eller en inhalator med ampul.

Alle deltagere i gruppe A, som havde én eller flere risikofaktorer for udvikling af hjertekarsygdom, og som samtidig var motiverede for ændring af kost og eller motionsvaner, fik tilbudt at komme på kost-motionshold. Alle deltagere i gruppe B, som havde en eller flere risikofaktorer for udvikling af hjertekarsygdom og var motiverede for

ændring af kost og eller motionsvaner, blev opfordret til at kontakte egen læge (eller en anden relevant professionel person f.eks. klinisk diætist).

Alle deltagere i gruppe A, som var motiverede for rygestop, fik tilbudt at komme på rygestophold. Alle deltagere i gruppe A, som slet ikke var motiverede for rygestop, fik tilbudt at komme på rygereduktionshold. Alle deltagere i gruppe B, som var motiverede for rygestop, blev opfordret til at kontakte egen læge eller andre tilbud f.eks. rygestoplinie eller rygestophold andre steder.

Deltagere, som overvejede et eller flere tilbud, men som ikke var helt afklarede, blev tilbudt at få tilsendt et nyt tilbud om deltagelse på hold efter tre måneder.

Deltagere, der accepterede at komme på hold, fik straks tilbud om deltagelse på et hold og fik booket en tid og startdato, der passede dem.

7. Samtalens længde

Den korteste samtale med en person, der levede fuldstændig sundt, ikke havde nogen risikofaktorer eller spørgsmål varede omkring 15 til 20 min.

Gennemgang af kost og motion forlængede samtalen med ca. 15 min.

Gennemgang af rygning forlængede samtalen med ca. 10 min.

Var deltageren syg, psykisk skrøbelig, talte dårligt dansk, eller havde mange spørgsmål forlængedes samtalen med 5-15 min.

Havde deltageren fået konstateret meget højt fastebloodsukker, forlængedes samtalen med 5-10 min.

De fleste samtaler tog således 30-35 minutter, og de længste, sjældne samtaler, tog en time.

Samtaler med motiverede gruppe B-deltagere tog ofte lidt længere tid (ca. 5 min.) end med gruppe A-deltagere, som kunne henvises til et hold og få grundigere rådgivning der.

8. Lungefunktionsundersøgelse

Alle deltagere ved baseline, alle rygere og eksrygere ved 1-års og 3-års undersøgelsen samt alle deltagere i 5-års follow-up fik i forlængelse af livsstilssamtalen foretaget en lungefunktionsundersøgelse. Denne undersøgelse blev brugt som et pædagogisk redskab til at drøfte rygning med rygerne. Undersøgelsen tog min. 5 min.

9. Udleveret materiale

Alle deltagere fik en udskrift af deres PRECARD[®] resultater og af lungefunktionen (hvis den var nedsat) med hjem, så de kunne læse dem i fred og ro og vise dem til pårørende eller egen læge. Det diastoliske tryk og BMI blev tilføjet på udskriften. De deltagere, der havde accepteret at komme på et hold, fik et brev med, om hvor og hvornår holdet startede. Hvor det var relevant, blev der uddelt brochurer vedrørende kost/fysisk aktivitet/rygning/kolesterol og diabetes.

10. Henvisning til egen læge

Deltagere, der havde fået konstateret højt kolesterol, blodtryk, fastebloodsukker, vægt eller havde samlet høj risiko for hjertekarsygdom, fik udleveret et brev til egen læge og blev opfordret til at kontakte vedkommende ved lejlighed eller snarest, afhængig af værdierne.

11. Afslutning på livsstilssamtalen

Ved baseline og 1-års undersøgelsen sluttede livsstilssamtalen med en opsummering af samtalen. Ved 3-års undersøgelsen mundede livsstilssamtalen ud i en mere konkret handleplan eller aftale, igen ud fra deltagerens egne ønsker.

Ingen forandring mod det sunde, uanset hvor lille den var, blev betragtet for lille eller for uambitiøs.

Deltagerne blev spurgt, om de havde flere spørgsmål, og blev igen kraftigt opmuntret til enten at holde fast i den sunde livsstil eller i beslutningen om ændringer til det sundere. Deltagerne fik at vide, hvornår de ville blive indkaldt igen, og at vi håbede at se dem igen.

Der blev givet 1-2 minutter til afsluttende uforpligtende samtale.

Livsstileksaktøren rejste sig, takkede deltageren for at komme, og fulgte hende/ham ud.

Efter livsstilssamtalen

1. Registrering

Når deltageren havde forladt rummet, gik livsstileksaktøren i gang med at notere forløbet af samtalen, deltagerens motivation for ændring af de forskellige risikoadfærd, om deltageren havde accepteret at komme på hold, og hvad der ellers var aftalt af ændringer mod sundere livsstil. Det blev også noteret, om der var særlige omstændigheder, f.eks. at deltageren allerede gik hos klinisk diætist.

Hvis deltageren havde accepteret 3-måneders-brev, blev dette udfyldt og lagt ud til sekretæren.