

Rådgivning om fysisk aktivitet till patienter med hypertoni - gör det någon nytta?



Emma Werner
ST-läkare
Närhälsan Vänerparken vårdcentral

Rapport 2018:06

FoUU-centrum Fyrbodal

Rapport 2018:06

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/247511>

Utförd i kurs Vetenskapligt Förhållningssätt
FoUU-centrum Fyrbodal

Handledare:

Kjell Reichenberg, Docent
FoUU-centrum Fyrbodal

Sammanfattning

Denna litteraturstudie syftar till att utvärdera evidensen för att inom primärvården ge rådgivning kring fysisk aktivitet till patienter med högt blodtryck, hypertoni. Hypertoni är en i befolkningen vanligt förekommande diagnos som till största delen upptäcks och behandlas inom primärvården. Fysisk aktivitet utgör en del av basbehandlingen vid hypertoni och har en bevisad blodtryckssänkande effekt. Det råder dock delade meningar om rådgivning kring fysisk aktivitet har någon effekt när den ges inom primärvården, där tidsramar och andra resurser i den kliniska vardagen ofta är begränsade. I litteraturstudien ingår flera randomiserade kontrollerade studier med interventioner riktade mot patienter med hypertoni och andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Resultaten talar mot att kort rådgivning kring fysisk aktivitet skulle ha någon långsiktig effekt på aktivitetsgrad, blodtryck eller välmående. Det behövs fortsatt forskning för att närmare utröna hur man får bäst effekt av den rådgivning som är praktiskt möjlig inom dagens primärvård.

Nyckelord

Hypertension. Physical activity. Exercise. Counseling. Advice. Primary health care.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Syfte.....	2
Metod.....	2
Resultat.....	3
Diskussion.....	5
Konklusion/slutsats.....	6
Referenser	7

Introduktion

Hypertoni definieras som systoliskt blodtryck över 140 mmHg eller diastoliskt blodtryck över 90 mmHg vid upprepade standardiserade mätningar [1]. Beroende på graden av blodtryckshöjning brukar hypertoni klassificeras som mild, måttlig eller svår. Enligt WHO har 1,13 miljarder människor i världen hypertoni [2] och cirka en fjärdedel av Sveriges vuxna befolkning beräknas uppfylla kriterierna för diagnosen [3]. Förekomsten ökar med stigande ålder. Majoriteten av patienter med hypertoni i Sverige upptäcks och behandlas inom primärvården. Hypertoni är en riskfaktor för att insjukna eller dö i kardiovaskulära sjukdomar så som hjärtinfarkt eller stroke samt för att utveckla kronisk njursjukdom [3].

Enligt gällande nationella och regionala riktlinjer är livsstilsåtgärder basen i all hypertoni behandling, mest angeläget är rökstopp. Övriga livsstilsåtgärder som rekommenderas är kostomläggning, viktminskning, ökad fysisk aktivitet, minskat alkoholintag samt stresshantering. Livsstilsåtgärder har visats minska risken för kardiovaskulär sjukdom även om blodtrycket inte sänks. Ofta finns dock även behov av läkemedelsbehandling för att uppnå uppsatta målvärden [3,4,5].

Fysisk aktivitet har visats kunna sänka både systoliskt och diastoliskt blodtryck med i genomsnitt 12 respektive 5 mmHg. Den blodtryckssänkande effekten är bäst dokumenterad upp till ett dygn efter träning men det finns måttligt stark evidens för att fysisk aktivitet sänker blodtrycket även på lång sikt [6]. Vid hypertoni rekommenderas för att sänka blodtrycket aerob fysisk aktivitet med måttlig eller hög intensitet 3–7 gånger per vecka. Beroende på intensitet bör den totala tiden för träning vara minst 75–150 minuter per vecka. Man kan även rekommendera isometrisk (statisk) träning som tillägg [7]. Patienter med hypertoni kan dock vara en svår grupp att motivera till fysisk aktivitet då hypertoni ofta är asymtomatisk och behandling, oavsett om den är icke-farmakologisk eller farmakologisk, i första hand syftar till att minska framtida komplikationer i form av till exempel hjärt-kärlsjukdom och njursjukdom.

I många av de studier som gjorts om fysisk aktivitet vid hypertoni och andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom är interventionerna omfattande och strikt styrda med återkommande samtal enligt etablerade samtalsmodeller, rådgivning som ges av specialutbildad forskningspersonal eller organiserad träning i grupp [3]. I den kliniska vardagen inom primärvården arbetar man dock med begränsade tidsramar och resurser. Gruppträning i vårdenhetens regi och återkommande motiverande samtal kring fysisk aktivitet är inte en realitet.

Läkare inom primärvården är i allmänhet medvetna om vikten av regelbunden fysisk aktivitet som profylax och behandling vid såväl kroniska som akuta sjukdomar. De anser att hälso- och sjukvårdspersonal har en viktig roll i att till patienten förmedla vikten av regelbunden fysisk aktivitet [8]. Trots detta rapporterar endast ca en fjärdedel av patienter med hypertoni att de fått råd att motionera [9] och andelen läkare som säger sig ge råd kring fysisk aktivitet

varierar stort [8]. Skäl som anges till att inte ge råd kring fysisk aktivitet är tidsbrist, att man inte anser sig ha rätt verktyg för rådgivning eller brist på kunskap om vilken träning som är lämplig. Det råder även delade meningar om den rådgivning man ger faktiskt har någon effekt [8]. Varför lägga värdefull tid på att råda patienten kring fysisk aktivitet om rådgivningen ändå inte gör någon nytta?

Syfte

Redovisa evidensen för att inom primärvården, med dess resurser och ramar, ge kort rådgivning om fysisk aktivitet till patienter med hypertoni.

Metod

I februari 2018 gjordes en sökning i PubMed med sökorden ("*brief intervention*" OR *advice* OR *counseling*) AND ("*cardiovascular disease*" OR *hypertension*) AND (*exercise* OR "*physical activity*") AND "*primary health care*". Sökningen gav 108 träffar varav alla titlar och vissa abstract lästes igenom. Endast artiklar på engelska bedömdes. Sex artiklar, varav en översiktsartikel, bedömdes vara relevanta för frågan. Referenslistorna till aktuella artiklar lästes igenom och bland dessa fanns två artiklar som ansågs kunna tillföra ytterligare väsentlig information.

Resultat

I en kanadensisk översiktsartikel från 2008 gick Hudon et al. igenom då befintlig litteratur för att undersöka evidensen för interventioner i primärvården syftade till att öka fysisk aktivitet hos patienter med kroniska sjukdomar [10]. I litteraturstudien ingick de två artiklarna av Little et al. och Marshall et al. som redovisas nedan samt ytterligare en studie. Samtliga tre studier bedömdes vara av god kvalitet och med få bortfall.

I en australiensisk studie tittade Marshall et al. på om man kunde öka patienters fysiska aktivitet om man motiverade rådet att röra sig mer genom att beskriva det som en behandling av högt blodtryck jämfört med att ge råd utifrån ett generellt hälsoperspektiv [11]. Studiedeltagarna var 767 vuxna i åldern 40-70 år med eller utan hypertoni, samtliga bedömdes av sina behandlande läkare vara fysiskt inaktiva. De behandlande läkarna lottades att ge en av två olika interventioner, råd kring fysisk aktivitet som behandling av högt blodtryck eller råd kring fysisk aktivitet som generellt hälsofrämjande. Varje interventionsgrupp hade även varsin kontrollgrupp. Uppföljning skedde efter 2 respektive 6 månader. Vid analys där alla som lottats till intervention inkluderats (intention to treat) såg man ingen statistiskt signifikant skillnad i egenrapporterad fysisk aktivitet mellan de olika grupperna utöver mellan den grupp som fått hälsofrämjande rådgivning och dess kontrollgrupp efter sex månader, där 66% respektive 54% bedömdes vara tillräckligt fysiskt aktiva. I både den grupp som fått råd om fysisk aktivitet som behandling mot hypertoni och dess kontrollgrupp var 63% tillräckligt fysiskt aktiva och resultatet tolkas därför bero på en generellt lägre aktivitetsgrad i kontrollgruppen för hälsofrämjande rådgivning och inte vara en effekt av interventionen. Artikelförfattarna tolkar resultaten som att ingen av interventionerna hade någon effekt.

I en brittisk randomiserad kontrollerad studie studerades vad en av tre enskilda interventioner eller olika kombinationer av dessa hade för effekt på egenrapporterad fysisk aktivitet samt kondition [12]. De olika interventionerna var *i*) skriftlig information *ii*) ett besök med relativt avancerad rådgivning hos sjuksköterska eller *iii*) besök hos läkare som bland annat förskrev fysisk aktivitet på recept. Studiepopulationen var 151 fysiskt inaktiva patienter med förhöjd risk för hjärtkärlsjukdom, hypertoni var en av fyra möjliga inklusionskriterier. Ingen enskild intervention hade någon signifikant effekt på egenrapporterad fysisk aktivitet eller kondition, man såg inte heller någon effekt på uppmätta blodtrycksnivåer. Vid den mest resurskrävande kombinationen av interventioner (både läkarbesök och sjuksköterskebesök) såg man en signifikant ökning av egenrapporterad fysisk aktivitet och kondition. Man noterade ingen sänkning av blodtrycksnivåer men kopplar detta till den korta uppföljningstiden som endast var en månad.

2008 konkluderades att det då inte fanns tillräcklig evidens för att bedöma olika interventioners långvariga effekter, men att omfattande interventioner med strukturerad rådgivning enligt etablerade modeller kan ge kortvarig effekt. Man rekommenderade fortsatt forskning kring vilka typer av insatser som kan bidra till ökad fysisk aktivitet hos kroniskt sjuka primärvårdspatienter [10]. De artiklar som fortsättningsvis refereras är publicerade efter 2008.

I en finsk randomiserad kontrollerad studie valde man att istället för randomisering av enskilda patienter lottade två vårdcentraler i samma byggnad till intervention respektive kontroll [13]. Totalt ingick 229 vuxna med hypertoni i studien. På vårdcentralen tjänande som interventionsgrupp fick personalen utbildning i livsstilsfrågor och blodtrycksbehandling. Patienterna listade på denna vårdcentral fick sedan av ordinarie personal rådgivning, både individuellt och i grupp, samt skriftlig information om livsstilsråd, varav ökad fysisk aktivitet var ett. De mätte även blodtrycket i hemmet minst var tredje månad. På vårdcentralen lottad till kontroll fick varken personal eller patienter någon särskild utbildning eller intervention. Vid uppföljning efter 12 månader sågs att blodtrycket sjunkit något i både interventions- och kontrollgrupp. Skillnaden mellan de två grupperna var ej signifikant. Man såg ingen förändring i egenrapporterad fysisk aktivitet i någon av grupperna.

I ytterligare en finsk randomiserad kontrollerad studie publicerad av Liira et al. var studiedeltagarna 168 män med minst två riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom och låg grad av egenrapporterad fysisk aktivitet [14]. Studiedeltagarna lottades till en hälsokontroll med rådgivning kring fysisk aktivitet och kost vid ett tillfälle, hälsokontroll/rådgivning vid ett tillfälle kombinerat med gruppträning en gång per vecka under 3 månader eller en kontrollgrupp. Interventionen genomfördes i primärvårsmiljö där hälsokontroll och rådgivning utfördes av distriktssköterskor. Man följde upp studiedeltagarna efter 3 och 12 månader. Andelen som tränade minst 3 gånger per vecka var efter 12 månader 26 % i gruppen som fått både rådgivning och gruppträning, 16% i den grupp som fått enbart rådgivning och 17% i kontrollgruppen, skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant. Man såg ingen signifikant minskad frekvens av metabola syndromet i någon av grupperna. Om man tittar specifikt på blodtryck ses inte heller där någon skillnad mellan grupperna efter 3 respektive 12 månader.

Engberg et al. använde samma studiepopulation som Liira et al. men undersökte istället studiedeltagarnas självupplevda hälsa och mående samt symtom på depression med hjälp av frågeformulär [15]. Man såg en generell förbättring av studiedeltagarnas självupplevda hälsa och mående och minskning av depressiva symtom. Man såg dock ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de två olika interventionsgrupperna eller kontrollgruppen.

I en randomiserad kontrollerad studie från Australien ingick 434 vuxna med typ 2 diabetes eller hypertoni från socialt utsatta områden [16]. Deltagarna rekryterades via primärvården. Under 12 månader fick de 228 studiedeltagarna i

interventionsgruppen upp till 18 rådgivande telefonsamtal angående livsstilsförändringar. Kontrollgruppen fick skriftligt informationsmaterial hemskickat. Kontroll- och interventionsgrupp hade efter 12 månader ökat sin egenrapporterade fysiska aktivitet med i genomsnitt 85 respektive 71 minuter per vecka. Det sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna. I en sekundäranalys av denna studie analyserades huruvida fler genomförda samtal, högre dos av rådgivning, var kopplat till högre grad av egenrapporterad fysisk aktivitet och andra livsstilsförändringar [17]. Man såg vid analys av data att de deltagare som tagit del i hög andel samtal (16-18 stycken) ökade sin fysiska aktivitet med i genomsnitt 160 minuter per vecka jämfört med 45 respektive 88 minuter per vecka i de grupper som deltagit i färre telefonsamtal, skillnaden bedömdes vara statistiskt signifikant.

Diskussion

Samtliga studier är gjorda i länder där sjukvårdssystemet är relativt likt det svenska. Alla studier genomfördes i primärvårdsmiljö och i alla utom två [16,17] genomfördes interventionen av ordinarie personal inom primärvården vilket får ses som en styrka. Interventionerna är trots detta ofta mer omfattande än vad som är praktiskt möjligt i klinisk praxis. Man får dock respektera att någon form av intervention måste göras för att kunna jämföra resultat och att vård enligt gängse praxis utgör en naturlig kontrollgrupp då man vill utveckla och utvärdera nya metoder för rådgivning.

I flera av studierna [12,14,15,16,17] är hypertoni endast ett av flera möjliga inklusionkriterier. Det är därför svårt att dra några säkra slutsatser specifikt avseende hypertoni. Interventionerna har i majoriteten av studierna också omfattat mer än enbart fysisk aktivitet [13,14,15,16,17]. Man har även gett rådgivning kring till exempel kostomläggning. Detta gör det svårare att dra några säkra slutsatser kring vilken del av interventionen som fungerade eller ej. Samtidigt speglar det verkligheten inom primärvården där patienterna ofta har flera kroniska sjukdomar eller tillstånd som gynnas av både regelbunden fysisk aktivitet och andra livsstilsförändringar. Man får anta att resultaten därför till viss kan överföras till verkligheten, trots det varierande studiematerialet.

Egenrapporterad fysisk aktivitet är det vanligast förekommande utfallsmåttet i de artiklar som ingår i denna litteraturstudie. Man har använt sig av olika validerade formulär och frågor för att utvärdera effekten av interventionerna. Utan att göra en mer avancerad analys är det inte självklart att jämföra resultaten i detalj. Risken för bias är dessutom stor vid egenrapporterade utfallsmått. Man hade fått säkrare resultat om man mätt grad av fysisk aktivitet på ett mer standardiserat sätt. I den studie där man använt blodtryck som primärt utfallsmått såg man ingen effekt av interventionen [13]. Samtidigt får man ta i beaktande de positiva effekter som fysisk aktivitet har utöver den rent blodtryckssänkande effekten.

I majoriteten av studierna [11,12,14,15,16] ökade både interventionsgrupp och kontrollgrupp sin fysiska aktivitet. Detta resulterade i flera fall till att även om en viss effekt sågs bedömdes denna ej vara direkt kopplad till interventionen. Resultaten skulle kunna bero på överrapportering hos studiedeltagarna. Man kan också tänka sig att de personer som är villiga att ingå i en studie om fysisk aktivitet redan är motiverade till livsstilsförändringar och genomför dessa med eller utan intervention. Det är en större utmaning att motivera de patienter som aldrig tänkt tanken att de borde vara mer fysiskt aktiva.

Uppföljningstiden är i de aktuella studierna som mest ett år. Man såg i en studie effekter på kort sikt [12] men i studierna med uppföljning under längre tid kunde man inte visa på någon tydlig effekt av de utförda interventionerna. I den artikel som redogör för om antalet rådgivningstillfällen spelade roll såg man att hög dos av rådgivning gav högre grad av fysisk aktivitet hos studiedeltagarna [17]. Detta pekar på den viktiga roll primärvården har då man vill uppnå livsstilsförändringar som till exempel ökad fysisk aktivitet. Till vårdcentralen kommer kroniskt sjuka patienter regelbundet, ibland flera gånger per år. Om personalen vid varje patientkontakt diskuterar fysisk aktivitet skulle resultaten i denna studie tala för att man på längre sikt och med flera korta rådgivningstillfällen kan uppnå förändring. Här får man även betänka primärvårdens styrkor; att behandlaren känner sina patienter och följer dem över lång tid.

Det skulle vara värdefullt med ytterligare forskning för att studera ämnet vidare. För att få mer tillförlitliga resultat föreslås studier med få, tydliga och välavgränsade inklusionskriterier samt objektivt mätbara utfallsmått. Det skulle även vara önskvärt med längre uppföljningstider än i de studier vars resultat redovisats här. Enligt gällande riktlinjer ska fysisk aktivitet rekommenderas till patienter med hypertoni och det skulle därför vara intressant att studera vad det är som gör att patienter följer, eller inte följer vårdpersonalens råd kring fysisk aktivitet när de ges. Här skulle kvalitativa studier kunna tillföra ny information. Det skulle även vara av intresse att studera om det påverkar utfallet vem eller vilka som utför rådgivningen samt hur typ, frekvens eller längd av rådgivning inverkar.

Konklusion/slutsats

Resultaten av denna litteraturstudie talar övervägande för att kort rådgivning kring fysisk aktivitet inte har någon effekt på grad av fysisk aktivitet, blodtryck eller välbefinnande hos hypertoni-patienter. Då de positiva effekterna av fysisk aktivitet är välbelagda behövs fortsatt forskning kring vad som skulle öka följsamheten till den rådgivning som åligger primärvården att utföra.

Referenser

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and of the European society of cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013;31(7):1281-1357. (doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc)
2. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet.* 2017;389(10064):37-55. (doi: 10.1016/S0140-6736(16)31919-5)
3. SBU. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU-rapport nr 170/1U. ISBN 978-91-85413-19-5.
4. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje - Hypertoni. Västra Götalandsregionen; 2017.
5. Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2014;25(5):20-33.
6. Börjesson M, Onerup A, Lundqvist S, et al. Aerob fysisk aktivitet sänker blodtrycket vid hypertoni. *Läkartidningen.* 2015;112(47):DRAI.
7. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). FYSS 2017. URL: www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Hypertoni_161112.pdf (åtkomst 2018-04-15)
8. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2012;46(9):625-631. (doi: 10.1136/bjsports-2011-090734)
9. Valderrama AL, Tong X, Ayala C, et al. Prevalence of self-reported hypertension, advice received from health care professionals, and actions taken to reduce blood pressure among US adults—Healthstyles, 2008. *J Clin Hypertens.* 2010;12(10):784-792. (doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00323.x)
10. Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic diseases: systematic review. *Can Fam Physician.* 2008;54(8):1130-1137.
11. Marshall AL, Booth ML, Bauman AE. Promoting physical activity in Australian general practices: a randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. *Patient Educ Couns.* 2005;56(3):283-290.
12. Little P, Dorward M, Gralton S, et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. *Br J Gen Pract.* 2004;54(500):189-195.

13. Niiranen TJ, Leino K, Puukka P, et al. Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting. *Am J Hypertens.* 2014;27(3):489-496. (doi: 10.1093/ajh/hpt204)
14. Liira H, Engberg E, Leppävuori J, et al. Exercise intervention and health checks for middle-aged men with elevated cardiovascular risk: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* 2014;32(4):156-162. (doi: 10.3109/02813432.2014.984967)
15. Engberg E, Liira H, Kukkonen-Harjula K, et al. The effects of health counseling and exercise training on self-rated health and well-being in middle-aged men: a randomized trial. *J Sports Med Phys Fitness.* 2017;57(6):916-922. (doi: 10.23736/S0022-4707.16.06278-2)
16. Eakin E, Reeves M, Lawler S, et al. Telephone counseling for physical activity and diet in primary care patients. *Am J Prev Med.* 2009;36(2):142-149. (doi: 10.1016/j.amepre.2008.09.042)
17. Goode AD, Winkler EA, Lawler SP, et al. A telephone-delivered physical activity and dietary intervention for type 2 diabetes and hypertension: does intervention dose influence outcomes? *Am J Health Promot.* 2011;25(4):257-263. (doi: 10.4278/ajhp.090223-QUAN-75)

Närhälsan



FoUU-centrum Fyrbodal, Vänerparken 15, 462 35 Vänersborg
Hemsida: www.narhalsan.se/fou-fyrbodal