

Effekt av Skogliopphold for pasienter med overvektspromblematikk

Resultat av rehabiliteringsopphold målt ved avreise, ved 6mnd- og 12 mnd-oppfølgingsopphold og brevoppfølging 1 år etter opphold.

Tidsperiode: vår 2006 til vår 2010

Anders Orpana, fysioterapeut

Bakgrunn

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS er Norges største rehabiliteringssenter og ligger på Lillehammer. Vi er en del av spesialisthelsetjenesten og er med det en del av den totale behandlingsskjeden innen rehabilitering.

Vi har avtale med Helse Sør-Øst og NAV både for døgn- og dagplasser. Vi har også avtale i forbindelse med "Raskere tilbake".

Bare på døgnavdelingen ble 1300 pasienter (via HelseForetak fra hele landet, men med hovedvekt fra HSØ regionen) behandlet i 2009, i gjennomsnitt med 21,8 døgnsoppholdstid (median; 21 døgn).

Pasienter med livsstilsrelatert helseproblematikk har Skogli lang erfaring med å følge opp over tid, men da alle våre pasienter i 2006 ble fordelt i tverrfaglige behandlingsteam ble oppfølgingsstrukturen mer konsekvent – bl.a. fordi vi fikk avtale om å kunne tilby planlagte oppfølgingsopphold for disse pasienter. Fra våren 06 har ca 1/5 av pasientmassen livsstilsrelaterte sykdommer/problemstillinger – de fleste med overvekt som hoveddiagnose. Data fra disse overvektspasienter blir beskrevet i det følgende.

Studiedesign

Prospektiv undersøkelse uten kontrollgruppe.

Allerede før ankomst har pasientene fått spørreskjema å fylle ut – bl.a. inneholdende SF-36 Test av vekt, fett%, kondisjon etc. gjennomføres også ved ankomst

Ved avreise ble samme tester/spørsmål repetert.

For å få komme til oppfølgingsopphold skal pasienten ha klart å fortsette vektreduksjon hjemme, trene jevnlig, følges opp av prim/komm-lege og være motivert til nytt opphold. Noen har også hatt opphold etter 12 mnd, mens andre "klarar seg selv" og har fått tilsendt spørreskjema etter 1 år.

Dataanalyse er gjort med PASW 18 (etterfølgeren til SPSS 17.0). Frekvens, mean, standard avvik, student-T test og Wilcoxon Signed Ranks Test er brukt.

Effect size er beregnet med Cohen's **d** (₍₁₎-markert) og **r** for ikke parametriske data (₍₃₎-markert)

Styrkeberegning er gjort med Power And Precision v.3.2.

Populasjon

Hovedpopulasjon var 237 pasienter overvektspromblematikk, med data fra både ankomst og avreise.

73,4 % var kvinner, mean alder; 50,9 år, mean vekt v/ank; 113,8kg (SD; 20,9) og VRS-Vurdering av helseplager v/ank 5,6 (SD; 2,2)

De 60 som også var til 2-uker oppfølgingsopphold ca 6mnd etter det første (3-4ukersopphold), var ikke et randomisert utvalg, men de som oppfylte kriterier for det.

73,3 % var kvinner, mean alder; 50,2 år, mean vekt v/ank (1gang); 114,9 kg (SD; 21,9) og VRS-Vurdering av helseplager v/ank (1gang); 5,5 (SD; 2,1)

De 26 som også var til 2-uker oppfølgingsopphold ca 12mnd etter det første (3-4ukersopphold), var ikke heller et randomisert utvalg, men de som oppfylte kriterier for det.

76,9 % var kvinner, mean alder; 51,2 år, mean vekt v/ank (1gang); 115,1kg (SD; 21,9) og VRS-Vurdering av helseplager v/ank (1gang); 5,7 (SD; 1,8)

De 22 som ble fulgt opp med spørreskjema ca 12mnd etter det første (4ukersopphold), var ikke heller et randomisert utvalg, men de som oppfylte kriterier for det i perioden vår06-vår07 – savner dog data på totalgruppen, inkludert N på utsendte skjemaer.

Av respondere var 68% kvinner, mean alder; 54 år, mean vekt v/ank (1gang); 116,4kg (SD; 24,4) og VRS-Vurdering av helseplager v/ank (1gang); 5,3 (SD; 1,8)

Til tross for faktisk forskjell hva gjelder medisinskfaglige behov, motivasjon og evt. evne til å fortsette vektnedgang hjemme, var den største forskjellen mellom oppfølgingsgrupper og hovedgruppe at de som ikke trengte/ønsket oppfølgingsopphold var i større grad menn, noe tyngre, men noe mindre hemmet av helseplager.

Vi konkluderer derfor med at oppfølgingsgruppene er relativt representative utvalg av hovedpopulasjonen, men at det bør oppvises forsiktighet ved ev. generalisering av oppfølgingsgruppene resultater.

Med et unntak (aktivitetsnivå v/12mnd), blir kun gruppespesifikke data presentert i denne rapport.

Diagnoser (Hoved- eller Bi-) fremkommer ikke i materialet.

Resultater

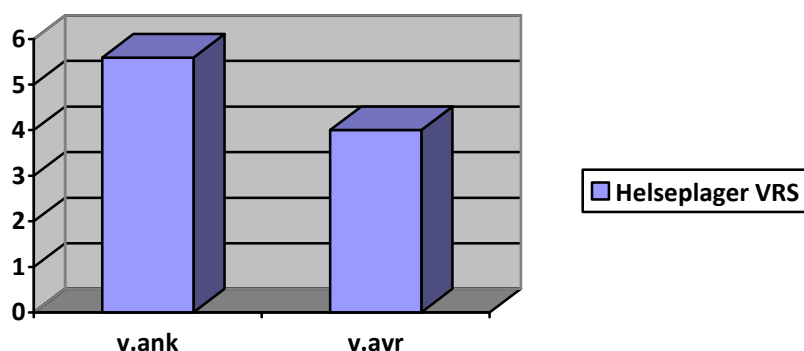
SF-36 benytter 36 spørsmål i 9 forskjellige grupper med 0-100 score på hver (0=meget dårlig, 100=meget god). Vi har valgt å fokusere på undergruppen *Fysisk funksjon* og gjennomsnitt av score på alle 9 grupper (Total score)

VRS (visual reference scale (heltalls VAS skala) benytter 0-10 gradering (0 ingen problemer/ingen smerter etc. og 10 er meget store problemer/verst tenkbare smerter etc.)

Hovedpopulasjon – ankomst til avreise (N=71-229):

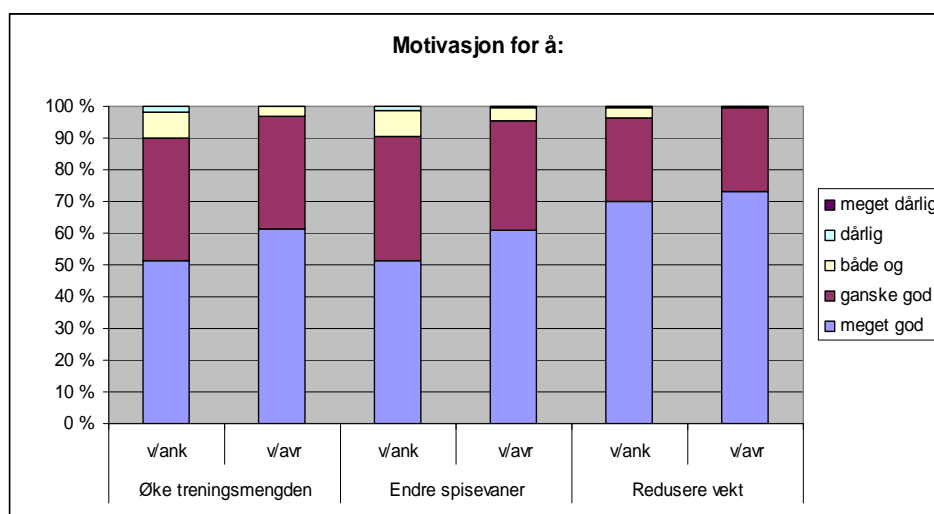
Det er statistisk signifikant bedring på alle parvise parametere

Subjektiv vurdering av helseplager (VRS 0-10)



Graf 1

Helseplager VRS (0-10)
(N=133)
28% bedring
 $P < 0,0001$ – signifikant forandring
Effect size₍₁₎; 0,75 – klinisk moderat forandring



Graf 2

Grad av motivasjon for å forandre livsstil
Ved ankomst og avreise

Økt treningsmengde:

(N=182)
 $P < 0,005$ – signifikant økning
Effect size₍₃₎; 0,30 – klinisk moderat forandring

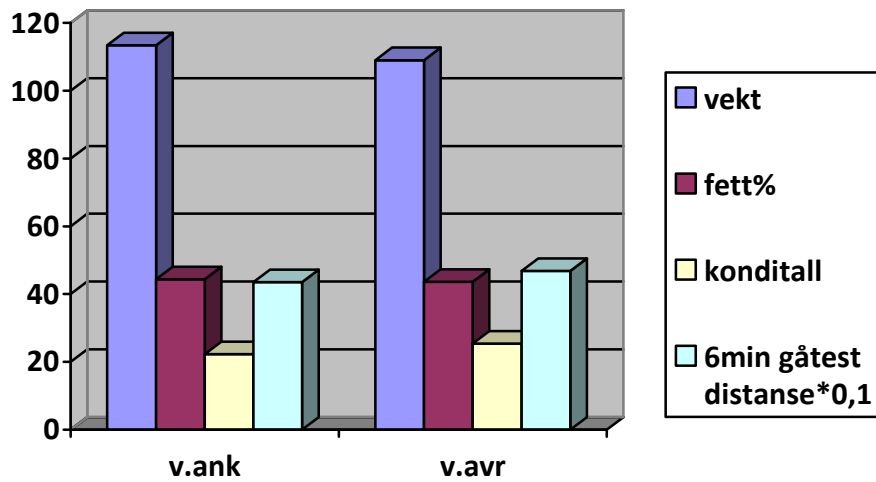
Endre spisevaner: (N=185)

$P < 0,005$ – signifikant økning
Effect size₍₃₎; 0,31 – klinisk moderat forandring

Vektreduksjon: (N=151)

$P = 0,05$ – signifikant økning
Effect size₍₃₎; 0,14 – klinisk liten forandring

Gjennomsnitt - objektive parametre



Forklaring på testmetoder:

Vekt: Morgenvekt - før frokost

Fett%: Elektrisk resistansmåling (Omron BF306)

Konditall: Åstrands sykkeltest (Monarch 839E, med software v.2.32)

6min gåtest: for dem som sykkeltest ikke var aktuell for

Graf 3

vekt (N=229) i kg

4 % minskning

$P < 0,005$ - signifikant

forandring

Effect size₍₁₎; 0,22 - klinisk

liten forandring

Fett % (N=153)

2 % minskning

$P < 0,005$ - signifikant

forandring

Effect size₍₁₎; 0,13 - klinisk

liten forandring

Konditall (N=109)

m $\dot{V}O_2$ /min/kg

14 % bedring

$P < 0,005$ - signifikant

forandring

Effect size₍₁₎; 0,54 - klinisk

moderat forandring

6min gåtest (N=71) distanse i

meter (delt på 10 i grafen)

7 % bedring

$P < 0,005$ - signifikant

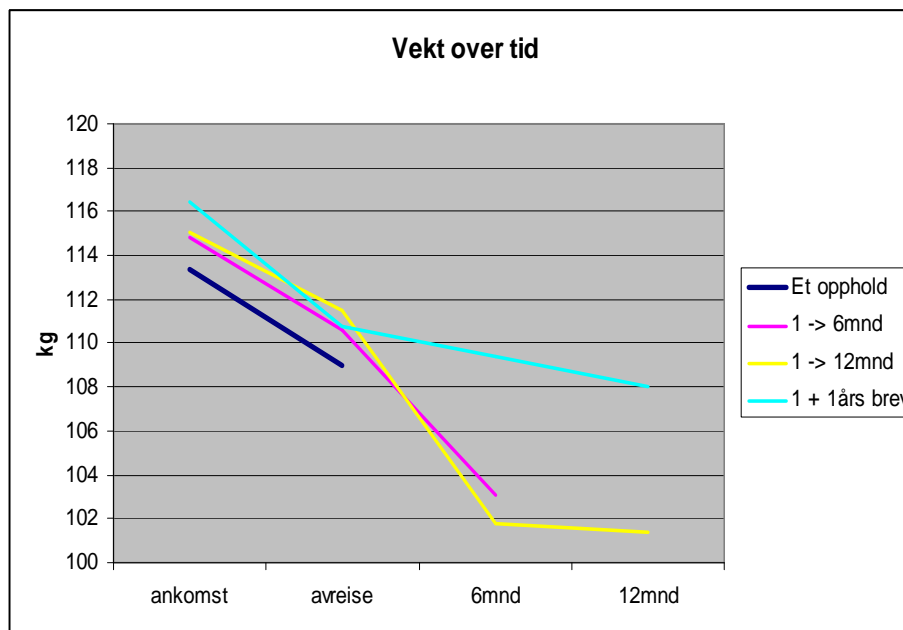
forandring

Effect size₍₁₎; 0,28 - klinisk

liten forandring

Oppfølgingsgrupper

Det er statistisk signifikant vektreduksjon over tid - også ved grupperte resultater:



Graf 4

(Ank-avr-resultat (N=229) er med som referanse)

Vektreduksjon over tid:

(N=22-58)

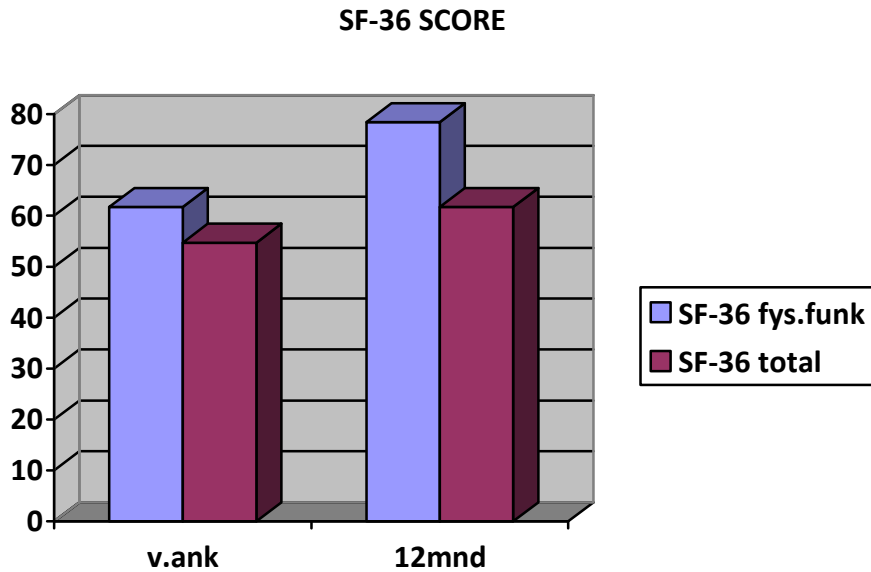
11-13 % bedring

$P < 0,05$ - signifikant forandring

Effect size₍₁₎; 0,34-0,72 -

klinisk moderat forandring

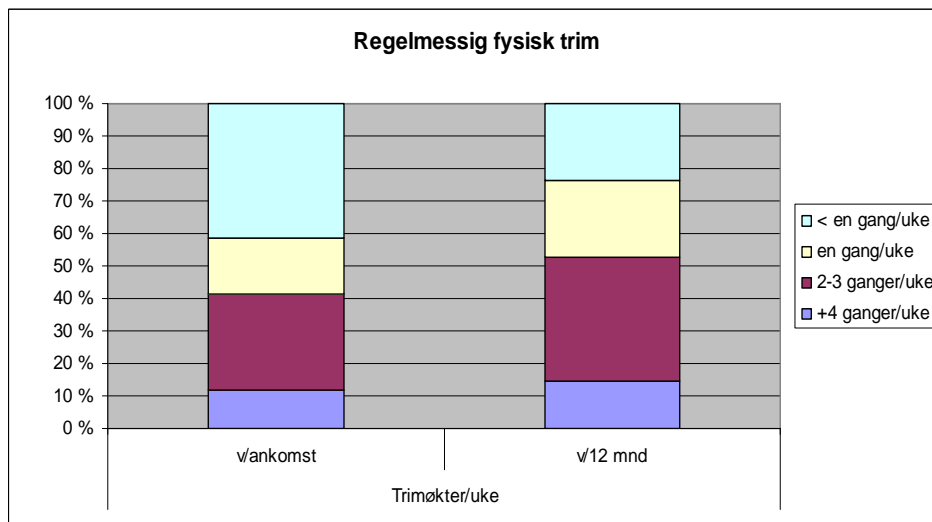
Helsestatus målt med SF-36 spørreskjema bedret seg signifikant opp til 1 år etter 1. opphold



Graf 5
 SF-36 delscore Fysisk Funksjon (0-100 %poeng) (N=21)
 27% bedring
 P= 0,001 – signifikant forandring
 Effect size₍₁₎; 0,96 – klinisk stor forandring

SF-36 Totalscore (0-100 %poeng) (N=21)
 13% bedring
 P< 0,05 signifikant forandring
 Effect size₍₁₎; 0,4 – klinisk moderat forandring

Det er tendenser til økt aktivitetsnivå i hverdagen opp til et år etter 1. opphold, men det er ikke konsekvent



Graf 5
Antall økter med fysisk aktivitet per uke
 (N=27)
 Ved ankomst og v/12mnd (brevopp.fgruppe og 12mnd oppfølgingsoppholds gruppe slått sammen)

Medianverdien har økt fra 1/uke til 2-3/uke
 P= 0,1 – IKKE signifikant økning
 Effect size₍₃₎; 0,32 – klinisk moderat forandring

Statistisk styrkevurdering (post-hoc)

Ankomst til avreise;
 - Det var 100% styrke for resultatene i forhold til signifikant forandring av "Helseplager VRS"

12 mnd oppfølging;
 - Det var 93% styrke for resultatene i forhold til signifikant forandring av kropps vekt

Konklusjon: Det var stor nok populasjon i denne studie til at resultatene har relevans

Konklusjon

- Et 3-4 ukers rehabiliteringsopphold på Skogli hjelper våre pasienter med overvektsproblematikk til bedre helse og funksjon, lavere vekt og gir de økt motivasjon til å forandre livsstil - både i løpet av oppholdet og på lenger sikt - målt både 6 og 12 måneder etter 1.gangs-opphold - også for gruppen som ikke var til oppfølgingsopphold. (med reservasjon for liten oppfølgingsgruppe)
- Den fysiske aktivitsnivåen holder seg moderat økt opp til 12 mnd etter avreise, men det er ikke en statistisk signifikant økning vi ser.

Diskusjon

Da det ser ut til å gå rimelig greit med de som kun er til et opphold er det fristende å trekke konklusjonen om at det da må være nok med en gang. Siden oppfølgingsgruppene ikke er like i utgangspunktet hva gjelder medisinfaglige behov og forutsetninger kan man nok ikke gjøre det. Det vi sannsynlig kan konstatere er at noen får nok effekt av et opphold til å forandre livsstil nok til å bedre helse (og gå ned i vekt), og trenger følgelig ikke flere opphold på rehabiliteringssenter, mens andre trenger mer og får effekt når de får det. Hvorvidt kravet om videre vekttap hjemme for å få komme til oppfølgingsopphold gjør at man kun filtrerer vekk de som sliter mest, eller en viktig katalysator for å bedre motivasjonen for selv å ta fatt på problemet kan jo alltid diskuteres.

Biasvurdering

Da inklusjonskriterium var utfyllet skjema ved ankomst ekskluderes også automatisk de med språk og/eller skrive/lese vansker - altså fremfor alt en del innvandrergupper, dyslektikere og svaksynte. Studiepopulasjonen kan derfor ikke være helt representativ. Da det er krav om vektreduksjon hjemme for å få komme til oppfølgingsopphold er det en selvfølge at vektdata bedres på de gruppene. 12mnd oppfølging via brev vise dog på signifikant vektreduksjon også for den gruppen. Studiepopulasjonens diagnosefordeling er ikke kontrollert. Det er ikke brukt kontrollgruppe til sammenlikning

Skogli - juni 2010