

Riktlinjer om levnadsvanor står i strid med beprövad erfarenhet

Socialstyrelsens kunskapsstyrning med stereotypa riktlinjer om levnadsvanor riskerar att hindra god konsultationskonst, dämpa arbetsglädjen, bromsa kreativiteten och hämma utvecklingen.

Socialstyrelsens satsningar på att ge ökad tyngd åt levnadsvanornas betydelse för hälsa och sjukdom är ett välkommet initiativ och borde ge ett starkt stöd för allmänmedicinen, som alltsedan provinsialläkarväsendet gjort viktiga insatser för folkhälsan. Den nationella patientenkäten hösten 2009 bekräftar att dagens allmänläkare lägger stor vikt vid levnadsvanefrågor.

Resultaten visar att 91–97 procent av dem som varit på besök hos en allmänläkare anser att frågor om kost, motion, tobak och alkohol tagits upp till diskussion av läkaren i konsultationen i adekvat omfattning. För allmänläkaren ingår prevention som en naturlig del i vardagens konsultationer (Tabell I).

Frågan är dock om Socialstyrelsens förslag till riktlinjer missar målet. På grund av flera allvarliga brister kan riktlinjerna få en kontraproduktiv effekt. Förslaget avslöjar att man underskattat de svårigheter, nackdelar och ogynnsamma sidoeffekter som de föreslagna metoderna är förknippade med.

Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor illustrerar också svagheter med kun-

skapsstyrning. Det är skillnad mellan att använda evidens som ett redskap i praktiken, där kunskapens relevans provas i den konkreta kliniska situationen, och att använda evidens som ett politiskt och administrativt styrverktyg [1].

Utgör verkligen brist på kunskap och dess implementering i vården det verkliga problemet? Jag påstår att den allmänmedicinska professionen inom området levnadsvanor har en djup och insiktsfull kunskap som Socialstyrelsens experter inte tagit vara på.

Jag påstår också att professionen har utvecklat bättre och mer hållbara strategier än de som riktlinjerna anger. Självklart finns en förbättringspotential, men Socialstyrelsens riktlinjer är till föga hjälp, snarare ett hinder.

Riktlinjerna grundar sig på en genomgång av flera tusen vetenskapliga artiklar om insatser inom vården i avsikt att påverka levnadsvanor. Det rör sig genomgående om ganska små, tidsbegränsade studier, ofta genomförda av entusiaster. Utöver denna brist omfattas studierna av den generella svagheten att resultaten utgör en förenkling av den mer komplexa verkligheten. De bräckliga resultaten upphöjs till »evidens«. Genom ytterligare förenklingar omformas »evidensen« till riktlinjer. Efter ytterligare tolkningar och förenklingar ger Socialstyrel-

sen anvisningar om indikatorer som lätt ska kunna mätas. Avsikten är att ge landstingen enkla redskap att värdera hur väl vårdgivarna klarat implementeringen av dessa riktlinjer. I slutändan kommer vårdgivarna att stimuleras med ekonomiska incitament i förhållande till graden av följsamhet.

Socialstyrelsen vill att kontrollen ska stärkas: »För att möjliggöra en kontinuerlig uppföljning av riktlinjerna är det angeläget med en målinriktad satsning på att utveckla ett modernt kvalitetsuppföljningssystem där uppgifter registreras systematiskt i journalsystem. Uppgifterna bör sedan kunna hämtas automatiskt för olika uppföljningssyften.« Socialstyrelsen vill tydligen upprätta ett detaljerat centralt register över alla svenskar som har ohälsosamma levnadsvanor.

De aktuella studierna om levnadsvanor kan liknas vid enkla experiment i laboratoriemiljö. I korthet utgår metoderna från att personer med ohälsosamma levnadsvanor ska fångas upp i screeningförfaranden med standardiserade frågeformulär. De personer som anses vara i behov av förändring i levnadsvanor ska påverkas genom intervention med »evi-

»Socialstyrelsen vill tydligen upprätta ett detaljerat centralt register över alla svenskar som har ohälsosamma levnadsvanor.«



Författaren motionerar på gym.

Foto: Måns Sjögreen

densbaserade« standardiserade interventionsmetoder.

Man kan då fråga sig hur det går när resultaten från laboratoriet förs ut till klinisk prövning?

Här finns en omfattande beprövad erfarenhet och en hel del vetenskap som Socialstyrelsen har förbisett. Här är fyra exempel:

1. CityPraktiken i Västerås driver ett projekt om sekundärprevention – mycket seriöst – innefattande bland annat en livsstilsomläggning [2]. Ställda inför landstingets »kvalitetskrav« på att mottagningarna i Västmanland under året 2009 skulle genomföra en screening med ett fast frågeformulär, »Fem frågor om din hälsa«, vilket i stort motsvarar Socialstyrel-

JONAS SJÖGREEN
allmänläkare, PRIMA familjeläkarmottagning, Västerås; f d ordförande i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
jonas.sjogreen@ptj.se

sens kommande riktlinjer, beslutade man, efter viss tvekan inför metoden som sådan, att satsa fullt ut.

All personal mobiliserades. Arbetscheman främst för distriktssköterskorna justerades så att mycket tid frigjordes för hälsosamtal. Drygt 700 frågeformulär fyllades i av patienterna. Cirka 400 personer fick såväl muntlig som skriftlig inbjudan till ett gratis hälsosamtal. Totalt svarade endast fyra personer ja till erbjudandet (Peter Vinnal, Citypraktiken, Västerås, pers medd).

2. Två vårdcentraler i Väster-norrland genomförde 2009 ett noggrant dokumenterat projekt med ett gott vetenskapligt upplägg inom ramen för Riskbruksprojektet. All personal genomgick en ambitiös utbildning i motiverande samtal (MI) och alkoholfrågor. Patienter screenades med AUDIT (Alcohol use disorders identification test; en metod som i förenklad form ingår i de kommande riktlin-

jerna). Totalt samlades 853 formulär in. Bortfallet blev stort, varav de flesta angav att man inte ville svara på frågor om alkoholvanor. Av dem som fyllt i formulären hade 9 procent angett en riskfylld alkoholkonsumtion. Alla dessa personer kontaktades per telefon och erbjöds ett hälsosamtal, men ingen ville komma [3].

3. SFAM:s (Svensk förening för allmänmedicin) riskbruksprojekt har genomfört »Riskbruksverkstäder« med över 1 000 allmänläkare. Utvärderingar visar

- att utbildning inriktad mot fördjupade kunskaper i konsultationskonst genom ett kollegialt erfarenhetsutbyte leder till ökad förmåga att på ett värdeneutralt sätt ta upp alkoholfrågan till diskussion med patienterna [4]
- att beprövad erfarenhet hos över 1 000 allmänläkare entydigt visar att fasta frågeformulär om kvantifiering av alkoholkonsum-

tion inte har någon plats i vardagens allmänmedicinska kliniska verklighet.

4. Den danske forskaren och allmänläkaren Anders Beich konstaterar i en välgjord studie att implementering av AUDIT hos allmänläkare har en mycket stark negativ inverkan på patientkonsultationerna. Av de initialt entusiastiska 24 läkarna kunde ingen rekommendera att använda metoden i vardaglig praktik [5].

Den allmänmedicinska strategin bygger på att skapa en relation till patienten som karakteriseras av tillit och långsiktighet. Patientcentrerad innebär att det är patientens agenda som styr. Kvalitet skapas genom individualisering. En allmänläkare har en variation av tillvägagångssätt att välja bland, noggrant avpassade efter varje enskild patient och tillämpade vid rätt tillfälle. En omotiverad, en ambivalent och en motiverad patient måste bemötas på helt olika sätt. En förändring av livsstilen är en process som vanligen tar lång tid. En god läkare-patientkontinuitet ger förutsättningar för patienten och läkaren att över tid bilda en terapeutisk allians och att tillsammans på sikt nå mål som överensstämmer med patientens värderingar och livssituation.

En sakupplysning vid ett tillfälle, en positiv kommentar vid ett annat möte, kan lägga grunden till ett motiverande samtal vid en senare konsultation [6-8]. Det är svårt att förstå hur det är tänkt att de starkt förenklade metoder som Socialstyrelsen anvisar ska fungera i ett sådant sammanhang.

I en tid då evidensbaserad medicin som en inomprofessionell metod har annekterats av politiska och administrativa krafter och omformats till att i stället vara en metod för ledning och styrning har begreppet evidens fått en ny innebörd. Enkla

beräkningar med statistiska signifikanser får ett oproportionerligt övertag framför erfarenhetsbaserad praktisk kunskap, konsultationskonst och byggandet av terapeutiska allianser. Denna allmänmedicinens longitudinella strategi och praktik låter sig inte lika lätt fångas i handfast evidens. Vi har hamnat i en evidensfälla.

Socialstyrelsens kunskapsstyrning med stereotypa riktlinjer riskerar att hindra god konsultationskonst, dämpa arbetsglädjen, bromsa kreativiteten och hämma utvecklingen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Jonas Sjögren tog tillsammans med Charlotte Hedberg initiativ till Riskbruksprojektet 1996, och myntade i början på 1980-talet begreppet riskbruk av alkohol.*

REFERENSER

1. Fernler K, Sjögren E, Helgesson HE. Utan tveivel är man inte riktigt klok – kunskapsstyrningens problem. I: Helgesson CF, Winberg H, redaktörer. Detta borde värdebatten handla om. Stockholm: IFL och EFI Handelshögskolan; 2008. p. 115-32.
2. Närlid M. »Det var av medicinska skäl vi startade en livsstilsomläggning«. Läkartidningen. 2010;107:2061.
3. Christensen M, Grundström A, Gustafsson H, Lundberg AL, Lövnord M, Meidell K, et al. Erfarenheter från AUDIT-screening vid vårdcentralerna Ankaret och Själevad vecka 20 – år 2009. Härnösand: Landstinget i Väster-norrland; 2009. Rapport 194.
4. Hedberg C, Engström I, Vickhoff R, Lönne N. Can evidence-based medicine become counter-productive? Scand J Public Health. 2009; 38: 553-4.
5. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ. 2002;325:870.
6. Sjögren J. Allmänläkarens dilemma – riktlinjerna kolliderar med långsiktighet och individualisering. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift. 2007;24(5):510-2.
7. Wählin S. Dagens sjukvård vinner på ökad patientcentrerad. Fokus på patienten ger effektiv vård – men paternalism har också en plats. Läkartidningen. 2010;107:2726-8.
8. Pirak B, Olsson P. Från riskfaktor till samtal om hälsa. Allmänmedicin. 1994;15:100-3.

TABELL 1. Nationella patientenkäten. Frågor om levnadsvanor.

Samtliga svar avser Landstinget Västmanland. I Socialstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009 anges följande: »Trots att hela 90 procent av befolkningen vill att personalen tar upp levnadsvanor med dem, så svarar endast 30 procent av de patienter som sökt vård det senaste året att personalen gjort det.« Siffrorna från Nationella patientenkäten nedan visar en annan bild.

Svarsalternativ	N	Procent	Vikt
C15a Diskuterade läkare kostvanor med dig?			
1 Ja	550	16	0
2 Nej, men jag hade önskat det	320	9	0
3 Nej, det behövdes inte	2 626	74	
– Ej ifyllt	48	1	
C15b Diskuterade läkaren motionsvanor med dig?			
1 Ja	734	21	0
2 Nej, men jag hade önskat det	289	8	0
3 Nej, det behövdes inte	2 455	69	
– Ej ifyllt	66	2	
C15c Diskuterade läkaren tobaksvanor med dig?			
1 Ja	472	13	0
2 Nej, men jag hade önskat det	98	3	0
3 Nej, det behövdes inte	2 908	82	
– Ej ifyllt	66	2	
C15d Diskuterade läkaren alkoholvanor med dig?			
1 Ja	319	9	0
2 Nej, men jag hade önskat det	108	3	0
3 Nej, det behövdes inte	3 057	86	
– Ej ifyllt	60	2	
Totalt antal svar: 3 544			