

Stockholm 2010-12-13

Socialstyrelsen

106 30 STOCKHOLM

## **Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder**

### **Remissvar från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)**

Samtal om levnadsvanor är idag en central uppgift för allmänläkare, och varje år förs flera miljoner samtal om levnadsvanor. Allmänläkarens roll är att samtala om levnadsvanor i samband med samtal om patientens upplevda besvär, eller som ett led i sekundär sjukdomsprevention. Vi välkomnar att Socialstyrelsen uppmärksammar området, och utgår från att riktlinjerna innebär att det tillförs betydande resurser till primärvården. Vårdens strukturer behöver förändras så att vi och annan intresserad personal får praktisk möjlighet att föra samtal om levnadsvanor i ökad utsträckning och med högre kvalitet.

Vi hyser farhågor att den praktiska tillämpningen kommer att medföra etiska problem, som kränkningar av patienters integritet, och förstärkning av den ojämlika hälsan. Vi är särskilt oroliga för att ett okritiskt användande av indikatorfrågorna kommer att medföra betydande etiska problem. Vi vill inte att patientsamtalen ska störas av indikatorfrågor som inte har ett samband med de problem som patienten söker för, och önskar att uppföljningen i första hand sker genom patientenkäter.

Skrivningarna om riskbruk måste modifieras. De riskerar nu att tolkas som att alkoholen inte är något större folkhälsoproblem, och att samtal om riskbruk är en mindre viktig uppgift för hälso- och sjukvården.

Det finns idag ett engagemang för att arbeta med levnadsvanor inom läkarkåren. Svensk förening för allmänmedicin kan medverka aktivt i en organiserad implementering, om särskilda resurser avdelas för detta av statsmakten och landsting/regioner.

#### *Inledning*

Svensk förening för allmänmedicin välkomnar att Socialstyrelsen genomfört detta riktlinjearbete, eftersom ogynnsamma levnadsvanor står för en stor andel av ohälsa och förtida död, och hälso- och sjukvårdens arbete i frågan har uppenbara kvalitetsbrister. Vi har länge sett samtal om levnadsvanor som en central uppgift för allmänläkare. Den nationella patientenkäten 2009 visade att samtal om de fyra levnadsvanor som Socialstyrelsen nu granskat förs i mellan 24% (fysisk aktivitet) och 9% (alkohol) av patientbesöken. Det innebär att Sveriges allmänläkare varje år för flera miljoner samtal om levnadsvanor. Till detta skall läggas alla insatser från exempelvis sjuksköterskor och sjukgymnaster. Vården gör alltså redan idag stora insatser inom området, men det finns utrymme för avsevärda förbättringar. Vi hoppas att de nya Nationella riktlinjerna kommer att medföra en kraftig resursförstärkning till allmänläkare, och till andra som för dessa samtal.

### *Implementering, styrning och ledning*

För en evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete är adekvat ledning och styrning av yttersta vikt. För att implementeringen ska vara framgångsrik krävs i dagens hälsovalssystem ekonomiska incitament som ger ersättning för utbildningsinsatser, och för de åtgärder som genomförts. En framgångsrik implementering av riktlinjerna kräver också en annan planering och långsiktighet än som varit fallet vid de flesta tidigare nationella riktlinjer som Socialstyrelsen utfärdat. Det finns idag ett engagemang för att arbeta med levnadsvanor både inom Svenska Läkaresällskapet och inom flera av Läkaresällskapets sektioner. Läkarprofessionen, inte minst allmänläkarna, kan medverka i en organiserad implementering, om särskilda resurser kan avdelas för detta av statsmakten och landsting/regioner.

Det kommer även att behövas omfattande utbildningsinsatser under lång tid för att vården ska få tillräcklig kompetens för att genomföra de rekommenderade åtgärderna. De åtgärder som ska genomföras är genomgående mer omfattande än de som görs idag vad gäller matvanor, fysisk aktivitet och tobak. Hälso- och sjukvården ska också nå betydligt fler medborgare än vi gör idag, främst kanske för samtal om matvanor och fysisk aktivitet. De få åtgärder som vi med riktlinjerna som stöd kan upphöra med kräver relativt litet resurser. I första hand rör det sig om en del kort rådgivning och samtal kring matvanor som vi kan upphöra med till förmån för kvalificerad rådgivning. Allt detta innebär att betydligt mer resurser kommer att behövas inom primärvården, framför allt under det initialskede då personal ska utbildas och vi ska "beta av" de patienter som inte erbjudits de aktuella åtgärderna tidigare. Det är därför egendomligt att Socialstyrelsen menar att riktlinjerna inte kräver resurstillskott när det gäller personal (sidan 36). Man förordar omdisponering av resurser, men ger inga anvisningar angående vilka områden resurserna ska omdisponeras från. Riktlinjerna behöver skrivas om på denna punkt, och frågan måste lösas om riktlinjerna ska få genomslag i vården.

### *Målgruppen bör identifieras i anslutning till patientsamtalet*

Som vi påpekat ovan så identifieras en stor andel av målgruppen redan idag vid rutinbesök hos allmänläkare. Allmänläkarens roll är att samtala om levnadsvanor i samband med samtal om patientens upplevda besvär, eller som ett led i sekundär sjukdomsprevention. Vi hoppas att riktlinjerna leder till att primärvårdens strukturer förändras så att vi och annan intresserad personal får praktisk möjlighet att föra dessa samtal i ökad utsträckning och med högre kvalitet.

En annan möjlighet är att indikatorfrågorna om individens levnadsvanor kommer att användas för att identifiera de som har ohälsosamma matvanor, utan anknytning till de problem patienten söker för. Detta innebär ur vårdens perspektiv att vi genomför en screening. Som vid all screeningverksamhet ställer detta särskilda etiska krav. För individen måste det stå klart varför frågorna ställs och vad som kommer att hända efter att de besvarats, och hur de kommer att journalföras. Riskerna med att en frisk person får en negativ stämpel ("du lever ohälsosamt") måste beaktas. Om en ohälsosam levnadsvana identifieras genom screening krävs att individen erbjuds uppföljning i enlighet med riktlinjerna och inom rimlig tid. Om en sådan screening sker menar vi att läkare kan vara mest lämpliga att följa upp resultaten endast om den funna levnadsvanan har samband med patientens sjukdom eller symtom. I annat fall bör uppföljningen ske av annan personal.

Om man jämför dessa två strategier för att identifiera patienter så menar vi att det finns goda förutsättningar för att identifiera en mycket stor andel av målgruppen vid patientsamtalet. Vi förordar den strategin, som minimerar risken för störningar i patientdialogen och negativa konsekvenser för patienterna.

(2)

*Indikatorfrågorna etiskt problematiska*

Vi hyser särskilda farhågor för hur indikatorfrågorna om individens levnadsvanor kommer att användas i den praktiska hälso- och sjukvården. Det förutsätts i riktlinjerna att indikatorerna skall utgöras av journaldata. Andra möjliga datakällor, till exempel patientenkäter, diskuteras inte, vilket vi upplever som en stor brist. Vi vill förorda att den Nationella patientenkäten används när vårdens arbete med riktlinjerna ska utvärderas. Om enkäten kompletteras med indikatorfrågorna kommer vi att ha ett bra underlag för utvärdering.

Att insamla indikatoruppgifter under patientmötet medför en etisk problematik. Det är ur patientens perspektiv inte alltid självklart att frågorna har relevans för orsaken bakom det aktuella besöket. Är patienten medveten att dessa, ibland integritetskänsliga uppgifter, kommer att journalföras, hur länge de kommer att bevaras och vem som har möjlighet att läsa uppgifterna framöver? Det finns en samhällsdebatt och stor oro angående personlig integritet. Särskilt med tanke på det snabba framväxandet av den sammanhållna journalen, är det viktigt att det inte sker slentrianmässig journalföring av uppgifter som många individer upplever som integritetskänsliga.

Det patientcentrerade arbetssättet innebär att man utgår från patientens agenda när man diskuterar levnadsvanor och dess betydelse för hälsan. Det är inte förenligt med detta arbetssätt att ha färdiga frågor, med fasta svarsalternativ som avser att utgöra resultatmått. Vi ifrågasätter inte att välvägdade frågor ibland kan utgöra ett bra stöd i levnadsvanearbetet. Däremot innebär en rutinmässig screening, oavsett besöksorsak, en styrning bort från patientcentrerad vård. Patienten ska känna att han/hon äger besöket, inte samhällets folkhälsoambitioner. Man bör därför överväga andra datakällor än patientjournalen för såväl process- som resultatindikatorer.

*Åtgärder behövs för att förhindra att den ojämlika hälsan förvärras*

Vi vill ge vårt stöd till den etiska diskussion som förs i riktlinjerna, och de påpekanden som görs om det starka sambandet mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor. Det är viktigt att denna diskussion även präglar det praktiska genomförandet i regioner/landsting. Det finns en påtaglig risk för att åtgärderna kan öka den ojämlika hälsan, genom att nå så kallade starka grupper i större utsträckning. Vi menar att vården måste söka aktivt efter dessa tillstånd bland våra patienter och erbjuda åtgärder, och inte endast vänta på att befolkningen efterfrågar åtgärderna. Åtgärderna måste också utformas på ett sätt som attraherar de grupper i samhället som bäst behöver dem. Kostnaden för den enskilde individen är en viktig fråga i detta sammanhang. I uppföljningsarbetet är det nödvändigt att undersöka vilka grupper som nåtts av åtgärderna, bland annat utifrån kön, ålder, etnicitet och utbildningsnivå.

*"Dialog", inte "Rådgivning"*

Vi önskar en annan benämning på "Rådgivning" och "Kvalificerad rådgivning". Ordet "rådgivning" för tanken till information och rådgivning i den paternalistiska form som tidigare ofta bedrevs inom hälso- och sjukvården, inte till den dialog som dagens allmänläkare försöker praktisera med sina patienter. "Rådgivning" definieras i Socialstyrelsens termbank som "insats/åtgärd i form av information och kunskap från en expert i en specifik fråga och som ges vid enstaka tillfällen". Det är knappast en bra beskrivning av innehållet i dessa åtgärder. Texten i riktlinjerna som beskriver "Rådgivning" och "Kvalificerad rådgivning" innehåller inte heller ord som råd eller information, utan beskriver samtal och dialog. Ett förslag kan vara "Dialog kring levnadsvanor" respektive "Kvalificerad dialog".

### *Ändrade skrivningar vad gäller riskbruk av alkohol*

Vi vill ifrågasätta de svårighetsgrader som satts på tillstånden. Det ter sig orimligt att riskbruk av alkohol och snusning klassas som lika svåra tillstånd. Till skillnad från de övriga levnadsvanorna har riskbruk stora sociala konsekvenser förutom risk för sjukdom, försämrad livskvalitet och förtida död.

Riskkonsumtion definieras i riktlinjerna genom kvantifiering av alkoholkonsumtionen. När kvantiteten överstiger en gräns betraktas bruket som riskbruk, detta oaktat om missbruks- eller beroendeproblematik föreligger samtidigt. Det är inte vanligt att en sådan exaktare diagnostik utförs i vården. Genom att inkludera personer med missbruks- och beroendeproblematik i gruppen med "riskbruk" kommer rekommendationerna felaktigt att tillämpas även på patienter som har missbruks- och beroendeproblematik. Dessa tillstånd kräver dock mer aktiva åtgärder, beskrivna i Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Med tanke på att cirka 4% av befolkningen har ett alkoholberoende och att endast en liten del av dessa är kända av hälso- och sjukvården så kommer adekvat omhändertagande av denna patientgrupp t.o.m. att riskera försvåras genom riktlinjernas nedprioritering av åtgärder.

Formuleringarna av åtgärderna vid riskbruk av alkohol är mycket olyckliga. Man får intrycket att det är bättre att inte följa upp en patient med riskbruk efter ett första samtal. Vi menar att både vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet tyder på att samtal om riskbruk ska följas upp. Det finns en brist på vetenskapliga studier inom området, och de studier som undersökt "rådgivning med uppföljning" har också haft brister. Dessa brister i det vetenskapliga underlaget bör inte få genomslag i rekommendationerna.

### *Vägledning om utbildning av kvalificerade kostrådgivare*

En nyhet i riktlinjerna är att man rekommenderar kvalificerad rådgivning vid ohälsosamma matvanor. Vår bedömning är att primärvården har mycket liten tillgång till personal som kan genomföra kvalificerad kostrådgivning. Detta innebär ett betydande utbildningsbehov, och det är viktigt att Socialstyrelsen ger vägledning om formerna för en sådan utbildning.

### *Stora behov av ytterligare forskning och utvärdering*

Riktlinjearbetet sätter fokus på områden där ytterligare kunskap behövs.

Ett exempel på kunskapsluckor är betydelsen av kontinuiteten i läkar-patient-relationen. Vi tror att en långvarig kontakt och dialog har stor effekt på patientens levnadsvanor, men relevanta forskningsstudier saknas.

En svaghet i riktlinjerna är att de inte ger riktlinjer för hur tillstånden ska identifieras, eller för hur vården ska organiseras för att riktlinjerna ska kunna genomföras. I några landsting finns intressanta vårdstrukturer, som organiserade hälsoundersökningar modell Västerbotten eller "Hälsokurvan". Dessa behöver utvärderas av Socialstyrelsen eller SBU för att ge vägledning hur vi ska arbeta med dessa frågor på ett organiserat sätt.

### *Riktlinjer behövs för vårdens arbete med stress och sömn*

Vi hade gärna sett att fler levnadsvanor än de fyra som nu granskats tagits med i riktlinjearbetet. Stress och sömn är två levnadsvanor som är stora folkhälsoproblem, och där det finns betydande praxisskillnader i vårdens åtgärder. Vi önskar att Socialstyrelsen påbörjar ett riktlinjearbete för dem snarast möjligt, med målsättningen att kunna inkludera dem i den planerade revisionen av de nu aktuella riktlinjerna.

Avslutningsvis vill vi betona att de nationella riktlinjerna kan innebära ett genombrott för hälso- och sjukvårdens arbete i dessa frågor. Detta förutsätter dock att implementeringen baserar sig på de goda delarna av det arbete som utförs inom hälso- och sjukvården idag, att ett etiskt förhållandesätt tillämpas fullt ut, och att primärvården får ett betydande resurstillskott under de närmaste åren.

Enligt uppdrag från SFAMs styrelse

Lars Jerdén  
Ordförande i SFAMs råd för levnadsvanefrågor