Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

socialstyrelsen om journalföring av levnadsvanor:

Ingen ska behöva diskutera sina levnadsvanor mot sin vilja

I en debattartikel i Läkartidningen 5/2011 (sidan 196) som berör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ställs några frågor till myndigheten. Vi vill här svara på dessa frågor.

Inledningsvis vill vi bara konstatera att sjukdomsförebyggande arbete är en av hälso- och sjukvårdens uppgifter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skada.

En helhetssyn på patienternas hälsa är viktig. Det finns mycket att vinna på att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor, för att förebygga sjukdomar men också för att förbättra hälsan för de patienter som redan har drabbats av sjukdom.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder visar nu att det finns effektiva metoder för att stödja patienter som vill ändra sina levnadsvanor. Förutsättningarna för en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård har därför aldrig varit mer gynnsamma. Däremot har det uppstått vissa missförstånd i tolkningen av riktlinjerna.

Artikelförfattaren menar att det är underförstått i riktlinjerna att alla, förr eller senare, ska tillfrågas om sina levnadsvanor, även om man ibland kan avstå.

Vi vill förtydliga att utgångspunkten i riktlinjerna är att ingen ska behöva diskutera sina levnadsvanor mot sin vilja. Däremot är det viktigt att personalen bjuder in patienter att samtala om sina levnadsvanor när det är lämpligt utifrån vad som är bäst för patienten och utifrån ett helhetsansvar för patientens hälsa. Här utgår vi från att personalen gör en bedömning i varje enskilt fall och att landstingen ger personalen bättre förutsättningar att föra samtal om levnadsvanor.

Författaren skriver också att sjukvårdshuvudmännen enligt riktlinjerna bör mäta och redovisa i vilken grad vårdenheter erbjudit korrekt avvänjningsmetod till samtliga personer med en osund levnadsvana, och hur stor andel av personerna med en osund levnadsvana som har minskat eller upphört med denna efter 6–12 månader.

Detta stämmer inte. Indikatorerna är tänkta att användas för de patienter där vårdgivaren har valt att fråga om levnadsvanor för att följa upp vilka åtgärder man vidtagit och resultatet av dessa. Indikatorerna är således förenliga med att vara lyhörd i patientkontakterna.

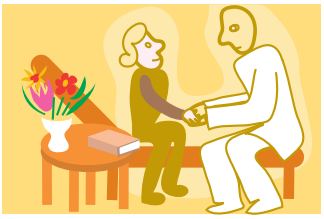

Illustration: Airi Iliste

Socialstyrelsen anser att fokus bör ligga på att ge stöd till de patienter som vill ändra sina levnadsvanor.

Artikelförfattaren vill att Socialstyrelsen explicit ska avråda från kopplingar mellan ekonomisk ersättning och kartläggning av levnadsvanor.

Vi är medvetna om att ersättningssystemen har en styrande kraft och att det därför är viktigt att landstingen noga funderar igenom vilka beteenden man främjar genom olika utformning av ersättningarna. Vår utgångspunkt är att fokus för hälso- och sjukvården bör ligga på att stödja de patienter som vill ha stöd att ändra sina levnadsvanor.

Författaren nämner också kopplingen till dataregister. Människors levnadsvanor kommer inte att registreras i våra patientregister, något som det saknas lagstöd för att göra. Däremot kan vi registrera de åtgärder som hälso- och sjukvården utför för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor precis på samma sätt som vi registrerar andra åtgärder som utförs i vården.

Lena Weilandt
enhetschef
Irene Carlsson-Nilsson
utredare, båda Socialstyrelsen

replik:

Gör ett tydligt uttalande som avråder från massregistreringar

Foto: Colourbox

Socialstyrelsen slingrar sig, menar författaren.

I Socialstyrelsens svar hörs åter dess milda och holistiska röst, och det låter i mina öron så här: *»Du som träffar patienter, prata om levnadsvanor, men bara om du bedömer det lämpligt.«* Men har jag, och och en mängd landstingsledningar med mig, verkligen missuppfattat riktlinjerna? Om vårdpersonalen kan bedöma om ämnet ska tas upp med patienten, varför då ge detaljerade direktiv som »... riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledningar ... på alla nivåer inom hälso- och sjukvården« [1]? Om man litar på oss, varför uppmanas landstingen hitta »... informella ledare som är viktiga att få med på ett ändrat arbetssätt« och att analysera om medarbetarna är tillräckligt motiverade eller behöver »attitydförändrande insatser« [2]?

»Människors levnadsvanor kommer inte att registreras i våra patientregister«, skriver Socialstyrelsen, utan det är åtgärderna som ska bokföras. Hur tänker man då? Patientregistren bygger ju på patientjournalen. Det är i dessa som man numera, för att få del av öronmärkta pengar eller för att slippa viten, dokumenterar levnadsvanor på löpande band. Patienten är i beroendeställning och inser kanske inte att det finns möjlighet att tacka nej till registreringen. Varför kan inte Socialstyrelsen tala ur skägget om detta, om man menar allvar med respekten för patientens integritet och självbestämmande?

Även sociala förhållanden, till exempel fattigdom, på-

verkar patientens hälsa och hänger ofta samman med levnadsvanorna. Hur patienten har det i sitt liv skapar en sorts bakgrundsmusik under konsultationen, mer eller mindre hörbar för läkaren. Att hjälpa patienten att bli av med skadliga levnadsvanor är en viktig del av sjukvårdens arbete. Detta kräver ett förtroendefullt samarbete.

Jonas Sjögreen skrev i LT 2010 [3]: »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 sakupplysning vid ett tillfälle, en positiv kommentar vid ett annat möte, kan lägga grunden till ett motiverande samtal vid en senare konsultation.«

Så kan vi hjälpa patienten, och så arbetar många av oss. Men Socialstyrelsens riktlinjer har lett till ett livsstilsscreenande i stor skala runtom i Sverige. Detta stjäl resurser, är ineffektivt och ibland rent av destruktivt för patienten. Socialstyrelsen menade väl med sina riktlinjer, men slingrar sig undan de obehagliga frågeställningarna. Gör ett tydligt uttalande som avråder från massregistreringar av osunda levnadsvanor i allmänhet och pengaalstrande sådana i synnerhet!

Catarina Canivet
med dr, distriktsläkare, Lund
catarina.canivet@med.lu.se

REFERENSER

1. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf
2. Checklista – vid införandet av nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder på landstings-, region- och kommunnivå. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/checklista-sjukdomsforebyggande.pdf
3. Sjögreen J. Riktlinjer om levnadsvanor står i strid med beprövad erfarenhet. Läkartidningen. 2010; 107:3298-9.

»Bristen på förankring i specialitetsföreningarna är total«

SPUR-inspektörer manar till bojkott av ny modell för ST-inspektioner

Vi är mycket kritiska till hur IPULS har skött förankring och diskussion om omorganisering av SPUR-verksamheten. Det finns noll samverkan! Nu diskuteras att starta nya, oberoende inspektioner.

Tisdagen den 30 januari erhöll ett hundratal SPUR-inspektörer ett mejl från SPUR-kansliet innehållande ett dokument daterat samma dag med information om att SPUR skulle omorganiseras i grunden. Så här lyder texten:

»I det nya systemet kommer nio inspektionsteam att bildas utifrån dagens specialitetsindelning. Dessa team kommer att bestå av en huvudteamledare (specialistkompetent läkare) och två biträdande teamledare (specialistkompetenta läkare) med ett övergripande ansvar vid samordnade inspektioner, samt ett antal ämnesexperter (specialistkompetenta läkare) för varje ingående specialitet.«

I Läkartidningen dagen efter (5/2012, sidan 241) fanns en annons avseende personal till inspektionsteamen. Man ber också de SPUR-inspektörer som känner att de vill fortsätta att anmäla intresse. Dessa ska då sända in ansökan/intresseanmälan, beskrivning av erfarenheter, CV och kontaktuppgifter. De nuvarande SPUR-inspektörerna har med andra ord fått sparken!

Det innebär sålunda att man gör sig av med nuvarande organisation utan att överhuvudtaget diskutera eller sända på remiss eller ha någon form av samråd eller diskussion med vare sig nuvarande SPUR-inspektörer eller specialitetsföreningar.

Via mejlkorrespondens med det hundratal förvånade SPUR-inspektörer som erhållit mejl från IPULS har många kritiska synpunkter förts fram från företrädare från så vitt skilda specialiteter som geriatrik, allmänmedicin, ortopedi, reumatologi, barn- och ungdomspsykiatri, njurmedicin, kardiologi, infektion, onkologi, öron-, näs- och halssjukdomar samt urologi. Här är ett axplock av de kritiska synpunkterna på IPULS förslag:

1. Bristen på förankring i specialitetsföreningarna är total. De är inte tillfrågade!
2. Bristen på förankring bland SPUR-inspektörerna är total. De är inte tillfrågade och har uppenbarligen fått sparken!
3. Specialitetsföreningarnas inflytande över inspektionerna får allt mindre betydelse. Specialiteternas SPUR-grupper har med detta system spelat ut sin roll.
4. Hedersuppdraget som SPUR-inspektör ersätts av superinspektörer i form av teamledare och biträdande teamledare, trots att förankring i specialitetsförening och klinik är fundamentet, dvs inspektion bör ske av kliniskt verksamma kollegor som arbetar under samma villkor som de som inspekteras. Det nuvarande systemet bygger på förtroende och tillit.
5. Byråkrater ersätter kollegor, som har helt andra möjligheter till insyn och tolkning vid inspektion. Central byråkrati med anställda tjänstemän – superinspektörer – ersätter vår frivillighetsbaserade passion för utbildning. Ge exempel på när det lyckats!
6. Inspektionerna är viktiga inte bara för »SPUR-effekten« utan också i form av utbyte av erfarenheter och lärande inom specialitet och profession. Detta riskerar att motverkas av den nya organisationen.
7. Det kommer att bli svårt att rekrytera SPUR-inspektörer från specialiteten när det blir så byråkratiskt och specialitetens representanter hamnar längst ner i en hierarki.
8. Kostnaderna för varje inspektion kommer att stiga ytterligare. Med så stor byråkratisk överbyggnad kommer inspektionerna att kosta minst 100 000–150 000 kr.

Vad ska göras? Det har kommit flera förslag från ovan relaterade mejlkorrespondens. Viktigast är nog att flera uppmanar att inte skicka in intresseanmälan eller meddelar att de inte vill fortsätta i en sådan organisation som planeras. Dessutom diskuterar flera specialiteter att ordna egna inspektioner – och inte använda IPULS – främst av organisations- men även av kostnadsskäl.

Detta är också fullt möjligt eftersom IPULS inte har monopol på ST-inspektioner. Kravet enligt författningen som styr ST säger att inspektion ska utföras av organisation som är organisatoriskt, ekonomiskt och administrativt oberoende av den klinik som inspekteras. Detta torde uppfyllas av varje specialitetsförening.

TOMAS BREMELL
överläkare, Sahlgrenska universitetsjukhuset, Göteborg
tomas.bremell@vgregion.se

ANNIKA TELEMAN
överläkare, Spenshults sjukhus; båda är SPUR-inspektörer i reumatologi

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.