

«Gylne øyeblikk» i helse

– fastlegen som livsstilsveileder

■ EIRIK ABILDSNES

spesialist i allmennmedisin, PhD. Fastlege Elvebredden legesenter og kommuneoverlege i barne- og familievirksomheten i Kristiansand kommune

Fastlegens rolle som livsstilsveileder er komplisert, men viktig. I motsetning til de fleste andre profesjoner treffer vi pasientene våre gang på gang, i ulike livssituasjoner og ofte i helselivets veikryss der handlingsrom kan oppstå. Kunsten er å forvalte disse møtene med klinisk kompetanse som vi vet kan fremme pasientens helse.

Det er mange som har tanker om og forventninger til fastlegens rolle i arbeid med levevaner. Vi finner dette konkretisert i lov, forskrift, retningslinjer og terapianbefalinger. Både pasienter, deres pårørende, spesialisthelsetjenesten, andre profesjonsgrupper og ulike faglige og politiske miljøer har forventninger til hvordan fastlegen skal forvalte dette samfunnsopdraget. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har sammen med de allmennmedisinske forskningsenhetene i Trondheim og Oslo utarbeidet et policydokument for forebyggende helsearbeid (1). De ulike forventningene til fastlegens innsats er dels uforenlige, slik vi fikk demonstrert da Helse- og omsorgsdepartementet i forslaget til ny forskrift for fastlegeordningen foreslo at fastlegen aktivt skulle oppsøke risikanter i pasientpopulasjonen og tilby hjelp til endring av levevaner. Målene for innsatsen er de samme for alle, flere gode leveår og reduksjon av sosiale helseforskjeller i samfunnet. Det er i synet på bruk av virkemidler det er forskjeller.

Jeg har interessert meg for arbeid med levevaner, og har som mange andre fastleger opplevd det som en viktig, men krevende oppgave – både for mine pasienter og meg selv. Jeg ønsket å få vite mer om hvordan andre fastleger forvalter dette oppdraget. Derfor har jeg gjennomført et forskningsprosjekt der jeg har arrangert fokusgruppemøter i etablerte smågrupper hos allmennleger med ulik erfaring og praksistype. Til sammen 50 leger

var informanter. Jeg ba deltakerne presentere kasuistikker fra egen praksis der de enten har lyktes eller mislykkes med å bistå en pasient i å endre levevaner. Dette utløste diskusjoner i gruppene om erfaringer og syn på rollen som livsstilsveileder. I denne artikkelen vil jeg presentere og kommentere noen av hovedfunnene. Jeg har markert illustrerende sitater med kursiv. Det er publisert tre artikler fra studien (2–4).

Ulike virkemidler

Alle legene i studien brukte elektronisk pasientjournal, og mange av dem brukte utfylling av oversiktsbildet i pasientjournalen bevisst for å kartlegge pasientenes bakgrunn og risikoprofil knyttet til levevaner. De kunne så bruke denne kartleggingen som inngang til samtale om endring av levevaner og tilby oppfølging ut fra dette.

«Jeg er ny og kjenner jo ingen. I begynnelsen hadde jeg nok med å si hei, hva kommer du for idag. Men etterhvert nå prøver jeg å spørre alle – er det hjertesykdom i familien, er det kreft i familien, og da får du det jo.»

NYETABLERT FASTLEGE

Flere av legene fortalte at de ikke utnyttet denne muligheten til å kartlegge behov for levevanejustering så godt som de skulle ønske. Pasienter med kompliserte levevaneutfordringer som alkoholavhengighet, spiseforstyrrelser og fedme ble ofte henvist til spesialisthelsetjenesten. Flere hadde ansatt hjelpepersonell som arbeidet med røykeavvenning og kostveiledning. For å visualisere risiko brukte noen leger risikokalkulatorer, logg for kosthold og aktivitet, brosjyrer og utskrift fra Norsk elektronisk legehåndbok (NEL). Flere var skeptiske til å bruke informasjonsmaterieell som var utviklet av legemiddelindustrien.

Legene som deltok i studien presenterte gode eksempler på pasientsentrert klinisk kommunikasjon, med bevisst bruk av åpne spørsmål for å legge til rette for å at pasienten kunne snakke om endring av levevaner. Noen erfarne leger var svært personlige og fortalte pasientene om egne vansker med levevaner. Disse legene opplevde at det å blottlegge egne vansker og sårbarhet ga en god dialog med pasientene. Det var flere eksempler på gode forhandlinger mellom lege og pasient om muligheter, begrensninger og tiltak for å sette seg realistiske mål for endringsarbeidet.

Det kom også fram historier om bruk av grovere kommunikasjonsverktøy. Dette inkluderte bevisst vektlegging av risiko og verstepfallstenkning, retorisk manipulering og utnyttning av anledningen til å undersøke en avkledd pasient til å kommentere fysiske følger av uheldige levevaner. Legene kommenterte lukt av tobakk, striae og rynker i hud.

«Jeg målte blodtrykket. Oi, det var litt høyt, sa jeg. Kan du legge deg opp på benken. Så begynte jeg å lytte på hjerte og lunger og så etter strekkmerker og da tror jeg han ble litt sånn...»

UNDERSØKELSE AV UNG MANN
SOM BRUKTE ANABOLE STEROIDER

«Gylne øyeblikk»

Noen brukte laboratorietester for å avsløre alkoholmisbruk, for i neste omgang å konfrontere pasienten med funnene.

«Jeg hadde et gyllent øyeblikk med en som var alkoholiker, han var manisk depressiv og alkoholiker. Og hadde KOLS, han hadde det meste. Han kom ned til meg, og jeg var ganske sikker på at han hadde kjørt i fylla. Så jeg snek meg til en ulovlig prøve, og fant en promille på nærmere 1. Konfronterte ham med det neste gang, og han var ikke sur på det.»

I gruppesamtalene reflekterte legene over bruk av slike grove virkemidler. Mange mente slik praksis var etisk uakseptabel, og dessuten ofte lite effektiv.

Noen av legene fortalte om bruk av humor og paradokser for å åpne opp for samtale om levevaner. Av og til var dette vellykket, men det var også fortellinger om at pasienten ikke forsto legens intensjoner og at forsøket endte i fiasko. Legene i undersøkelsen ga også konkrete råd og tips, samt standardiserte råd om levevaner. Noen presenterte eksempler på kommunikasjonsstrategier som neppe er omtalt i lærebøker eller pensum.

«Ifjor tok jeg av meg 15–20 kilo sjøl, og det var mange som hang seg på det. Når jeg gjorde det så skulle kanskje de også gjøre noe med det. Jeg har mellom fem og ti pasienter på excel-skjema hvor jeg veier og snakker med dem en gang i måneden. Så lager vi en konkurranse oss imellom. Ikke som gruppe, men som enkeltpasienter. Og det virker. Å spille på lag i stedet for å formane.»

I policydokumentet har NFA omtalt «gylne øyeblikk», situasjoner der forutsetningene for vellykket forebyggende rådgivning er spesielt gode. I min studie var det mange fortellinger om gjennombrudd i endringsarbeid i konsul-

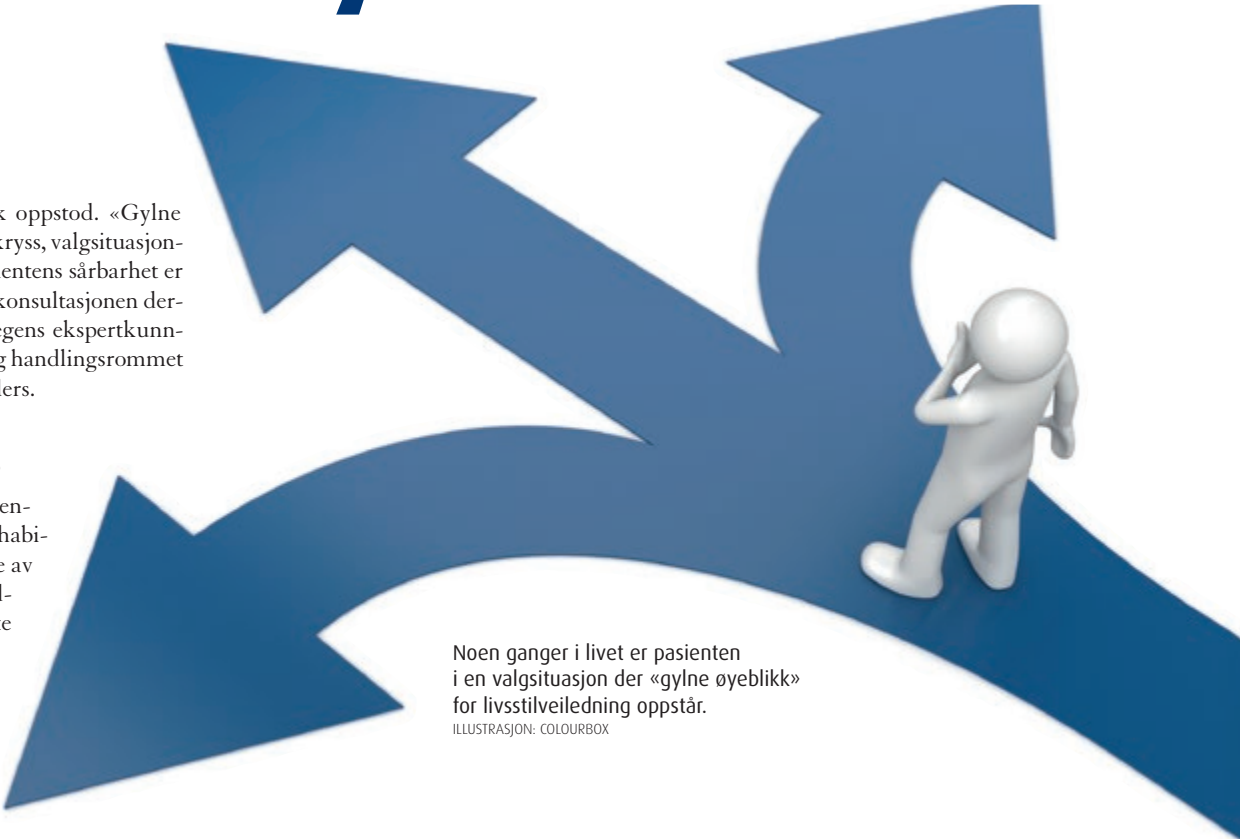
livets veikryss

tasjoner der slike øyeblikk oppstod. «Gylne øyeblikk» er helselivets veikryss, valgsituasjoner der noe står på spill. Pasientens sårbarhet er øket og maktfordelingen i konsultasjonen dermed endret. Behovet for legens ekspertkunnskap er tydeligere uttrykt og handlingsrommet for endring er større enn ellers.

Motiverende samtale

Levevaner må sees i sammenheng med livssituasjon og habitus, som er tillærte mønstre av persepsjon, tanker og handlinger (5). Derfor er det ofte nyttig og nødvendig å se pasientens levevaner og mulighet for endring i sammenheng med sosial tilhørighet og subjektive opplevelse, i tillegg til objektiv registrering av levevaneutfordringer,

for å kunne iverksette tiltak som har forutsetning for å lykkes (6). Vi må søke å forstå de bakenforliggende årsakene til de observerte levevanene, og inkludere pasientens livshistorie. Vi har størst sjanse for å lykkes i arbeid med endring av levevaner om pasienten opplever selvbestemmelse, autonomi, har kunnskap om helseutfordringen og opplever støtte fra helsepersonell og omgivelser (7). Helsedirektoratet anbefaler motivasjonssamtale (motiverende intervju) til bruk i slike konsultasjoner, både for leger og personell ved frisklivssentralene som etableres i mange kommuner (8). Teknikkene i motivasjonssamtalen kan være nyttige, gi autonomistøtte til pasientene og kan motvirke ugunstige motstandsreaksjoner. Imidlertid kan metoden i likhet med andre konsultasjonsteknikker virke instrumentell og manipulerende om den anvendes feil. Derfor er det nødvendig med opplæring og jevnlig trening i bruk av metoden. Noen av de røffe kommunikasjonsstrategiene jeg fant i min studie vet vi øker uhensiktsmessige motstandsreaksjoner og kan framkalle opplevelse av skyld og skam. Det fremmer ikke sannsynligheten for varig endring av levevaner og bedre helse. Trening i pasientsentrert klinisk kommunikasjon er grunnleggende for å gjøre godt pasientrettet legearbeid. Det bedrer både legens kommunikasjonsferdigheter, pasientenes helseatferd og trolig også pasientenes helse (9).



Noen ganger i livet er pasienten i en valgsituasjon der «gylne øyeblikk» for livsstilveiledning oppstår.

ILLUSTRASJON: COLOURBOX

Ikke bare livsstil som gir sykdom

Arbeid med sykdommer knyttet til levevaner er viktig, men det kan lett bli for mye fokus på individuelt ansvar for endring av levevaner. Befolkningsrettede tiltak er ofte mer effektive, men mindre politisk spiselige. Det kan vi gjerne minne våre politikere om. For de fleste sykdommene som vi kaller livsstilssykdommer er årsakene sammensatte, og livsstilen bare en av flere årsaker til sykdom. Etter min mening er derfor begrepet livsstilssykdom unyansert, og plasserer for mye ansvar på den enkelte pasient. Det er en hel

industri som tilbyr produkter og tjenester på levevaneområdet. Produktene og tjenestene har ulik grad av kvalitet, pris og tilgjengelighet. Som fastleger får vi ofte en rolle som los i kronglete farvann. Fastlegens rolle som livsstilsveileder er komplisert, men viktig. I motsetning til de fleste andre profesjoner treffer vi våre pasienter i gjentatte møter, i ulike livssituasjoner og ofte i helselivets veikryss der «gylne øyeblikk» og handlingsrom oppstår. Kunsten er å forvalte disse møtene med klinisk kompetanse som vi vet kan fremme pasientens helse.

REFERANSER

1. NFA. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmenntidmedisin. Siljan/Oslo: Norsk forening for allmenntidmedisin; 2011 Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/27372/120604%20Policydok%20forebyggende.pdf>.
2. Abildsnes E, Flottorp S, Stensland P. Case stories in general practice: a focus group study. *BMJ Open*. 2012; 2 (4).
3. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Lifestyle consultation in general practice--the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract*. 2011 Apr; 28 (2): 220-5.
4. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Power and powerlessness: GPs' narratives about lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*. 2012 Mar; 62 (596): e160-6.
5. Bourdieu P. Meditasjoner (Méditations pascaliennes). Oslo: Pax forlag A/S; 1999.
6. Walseth LT, Schei E. Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos*. 2011 Feb; 14 (1): 81-90.
7. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000 Jan; 55 (1): 68-78.
8. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
9. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12: CD003267.

 eabil@broadpark.no