

Hälsa och livsstil kan förbättra vid kronisk neurologisk sjukdom

Hälsa och livsstil har seglat upp som en grundläggande faktor för allmänheten att förebygga sjukdom. Sent omsider har även vården i stort sett accepterat en roll av hälsorådgivare. Särskilt inom neurologin har en sådan hälsopromotion och livsstilsmodifikation en stor betydelse, även för patientens redan manifesta sjukdom, skriver här professor **Richard Levi**, Umeå universitet. Tillspetsat kan man hävda att rehabilitativa insatser som syftar till en livsstilmässig och hälsopromotiv optimering är den enda tillgängliga strategin som kan leda till en förbättring (och inte endast en utebliven försämring) av patientens subjektiva och objektiva välbefinnande.

Det är i dag välkänt att en stillasittande livsstil redan på kort sikt leder till fysiologisk deconditionering med en minskad muskelstyrka och muskelsmিদighet, en försämrad allmän prestationsförmåga och ett försämrat välbefinnande. På längre sikt hotar bland annat en uppsättning metabola rubbningar och ökad kardiovaskulär morbiditet och mortalitet. Betydande insatser görs därför numera för att öka regelbunden fysisk aktivitet hos den allmänna befolkningen.

Likaså läggs stora insatser på att begränsa tobaks- och alkoholbruket och förbättra kosthållningen i ett folkhälsoperspektiv. Dessa åtgärder, som sammanfattas i begreppen hälsopromotion och livsstilsmodifikation, har syftet att "här och nu" förbättra prestationsförmågan och välbefinnandet och – mer långsiktigt – att förebygga livsstilsrelaterad sjuklighet och förtida död.

Detta skärpta fokus på individens eget val, och därmed vederbörandes delaktighet och ansvar för sitt aktuella och framtida hälsotillstånd, har medfört ett paradigmskifte i våra roller som vårdgivare. Till den traditionella "reaktiva" uppgiften att diagnostisera och behandla manifesta sjukdomar och skador, har lagts den "proaktiva" rollen av pedagog och rådgivare.

Denna utvidgning av vårdgivarrollen har väsentligen såväl välkomnats som accepterats av professionen. Allmänheten har också alltmer kommit att förvänta sig råd och dåd i sin strävan mot ett optimerat hälsoläge, inte bara via tabloidpress och alternativmedicinska utövare, utan fastmer via "ortodoxa" aktörer som apotek, vårdcentraler (numera ofta betecknade som "hälsocentraler") och sjukhus.

Om detta finns bara gott att säga. Desto mer förvånande och beklagligt är det då, att särskilt sårbara grupper, till vilka många personer med kroniska neurologiska sjukdomar och funktionsnedsättningar hör, så ofta förbises i dessa avseenden. Här har vi neurologer och rehabiliteringsspecialister en viktig uppgift att axla.

DISKUSSIONER OM LIVSSTIL

Val av "livsstil" i vid bemärkelse innefattar en rad, ofta sinsemellan länkade, åtminstone delvis av fri vilja valda och underhållna beteenden. Relevanta beteenden för hälsan innefattar grad av fysisk aktivitetsnivå, balans mellan aktivitet och vila, kostvanor (kvalitativt och kvantitativt) och konsumtion av tobak, alkohol och andra droger.

Dessa faktorer samspelar i sin tur med benägenheten att utsätta sig för

riskfyllda beteenden, psykosocial stress osv. Folkpsykologin har sedan länge in-korporerat truismen som reflekterar common sense-uppfattningar om vikten av livsstilsfaktorer, exempelvis ”du är vad du äter”, ”use it or lose it”, ”skynda långsamt”, ”no pain – no gain” med mera.

Således kan man bibringas uppfattningen att livsstilsfaktorernas betydelse för hälsa och välbefinnande är så självklara, att de inte behöver tillmätas någon vidare medicinsk uppmärksamhet. Det kan lätt bli så, att den dyrbara och knappa konsultationstid som finns till förfogande för den överhopade neurologen inte räcker till för att, utöver att sköta sina patienters ”specifika” medicinska problem (diagnostik och medicinering), även inrymma diskussioner om livsstil. Sådant är ju, är det lätt att tänka, redan väl känt för alla och envar, och, om inte annat, något som rimligen faller inom allmänläkarens jurisdiktion.

Eller kanske ändå inte?

SÅRBAR PRESTATIONSFÖRMÅGA

Om vi betraktar flertalet neurologiska ”folksjukdomar”, finner vi, utöver tillståndspecifika faktorer, ofta två ytterligare, delvis överlappande, karaktäristika: *ökad vulnerabilitet* (för följd tillstånd och komplikationer), och *minskad reservkapacitet*.

Låt oss ta multipel skleros (MS) som ett exempel. Redan en patient med relativt nydebuterad sjukdom uppvisar ofta en viss grad av bestående neurologisk funktionsstörning, men där overta symptom på detta saknas eller är obetydliga under optimala betingelser. Vulnerabiliteten kan emellertid, lätt och upprepat, komma att bli manifest i samband med till exempel urinvägsinfektion (på grund av residualurin), fall (på grund av ataxi, sensibiliteitsnedsättning, synpåverkan, pareser, spasticitet), höjd temperatur (på grund av värmeintolerans), psykisk belastning (på grund av kognitiv påverkan, fatigue, depressivitet etc.), och så vidare.

Den minskade reservkapaciteten kan märkas genom att den neurologiska funktionsstörningen gör att patienten redan för att klara av ordinära dagliga aktiviteter till fullo behöver mobilisera sina sensomotoriska, kognitiva, konativa och affektiva resurser. I gränssituationer som utsätter patienten för större krav än

vanligt – det må vara på grund av promenad på ishala gator, språngmarsch för att inte missa bussen, knipbehov vid långt sammanträde och full urinblåsa, behov att utföra intellektuellt krävande arbetsuppgifter i bullrig kontorsmiljö med mera – leder det till att prestationsförmågan överskrids, med större eller mindre katastrofer som följd.

En optimal handläggning av sjukdomsmodifierande, symtomlindrande och funktionsförbättrande farmakoterapi är givetvis en *nödvändig* förutsättning för att maximera funktion, förmåga, delaktighet, livskvalitet och livstillfredsställelse. Om det ska det inte finnas oklarhet. Och att detta är den behandlande läkarens/neurologens primära ansvarsområde och fögderi är väl oomtvistligt.

Men att en nödvändig förutsättning inte per automatik är en *tillräcklig* förutsättning ska inte heller glömmas bort. Och det är här, om inte förr, som livsstilsmodifikation och hälsopromotion kommer in i bilden – eller borde göra det.

ENDA TILLGÄNGLIGA STRATEGIN

Om vi fortsätter med MS-exemplet, är det ett faktum att en fysiskt vältränad, normalviktig, välnärd, icke missbrukande patient med regelbundna vanor, uppnådd balans mellan vila och aktivitet, väl inövade strategier för kompensation av kognitiva och andra funktionshinder, med psykosocialt välordnat liv och med adekvat hjälpmedelsförsörjning har minskad vulnerabilitet, ökad reservkapacitet och bättre funktionsförmåga än den patient som manifesterar motsatsen.

Tillspetsat kan man hävda att rehabiliterativa insatser som syftar till en livsstilsnärliggande och hälsopromotiv optimering är *den enda* tillgängliga strategin som kan leda till en *förbättring* (och inte endast en utebliven försämring) av patientens subjektiva och objektiva välbefinnande.

Resonemanget är principiellt tillämpligt vid en lång rad neurologiska tillstånd, exempelvis efter stroke, vid neuromuskulära sjukdomar, efter neurotrauma, vid kroniska smärttillstånd etc. Vid samtliga dessa tillstånd kan vi identifiera en diagnosrelaterad vulnerabilitet, liksom en diagnosrelaterad minskad reservkapacitet, vilka ofta är väl så

behandlingsbara genom livsstilsmodifikation och hälsopromotion, som genom symtomatiska medicinska åtgärder och/eller orsaksinriktad terapi (som inte sällan saknas).

Sammanfattningsvis kan fyra olika, sinsemellan överlappande och ofta samtidigt indicerade, interventionskategorier identifieras vid många kroniska neurologiska tillstånd:

1. kausal terapi,
2. symtomatisk terapi,
3. medicinsk rehabilitering och
4. livsstilsmodifikation/hälsopromotion.

Med min artikel avser jag främst att öka medvetenheten och intresset för punkterna tre och fyra, som enligt mitt förmenande alltför ofta blir bortglömda eller underutnyttjade, samtidigt som de alltså utgör potentiellt betydelsefulla interventioner inom stora delar av neuroområdet.

EN COACH I TEAMET

Principer för praktisk implementering förutsätter att hälsopromotion och livsstilsmodifikation som interventionskategorier inkluderas och lyfts fram i vårdprogrammen (vid sidan av kausal medicinsk terapi, symtomatisk medicinsk terapi och rehabilitering). Utöver att specificera *vad* dessa interventionskategorier inkluderar eller kan inkludera, bör också fastställas *vem* som åtar sig det ansvaret.

Här kommer naturligen faktorer som tillgängliga resurser, intresse, kompetens, liksom praktiska överväganden, att spela in vad gäller processval. Ofta är det att föredra, att den primära specialistinstansen (ofta neurologikliniken) åtminstone inkluderar en ”uppstarts-” eller ”initieringsfas” för att få med hälsopromotionens/livsstilsmodifikationens i den totala behandlingsarsenalen.

Därvid ökar auktoriteten i dessa åtgärder ur patientens perspektiv. Själv har jag erfarenhet av att på mottagning i samband med så kallade årskontroller (alltså planerade återbesök för rutinmässig uppföljning, som naturligtvis kan utföras med andra intervaller än just årligen men som definitivt inte ska ske så sällan att de mer får karaktären av retrospektivt krönikeskrivande än proaktiv intervention!) arbeta i ett mi-

”Till den traditionella reaktiva uppgiften att diagnostisera och behandla manifesta sjukdomar och skador, har lagts den proaktiva rollen av pedagog och rådgivare.”

niteam med en paramedicinare, som åtagit sig tilläggsrollen som coach utöver sin basprofession.

Det kan här röra sig om till exempel en sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska eller kurator med särskilt intresse för sådana frågor. Patienten kan få sig tillsänt särskilda livsstilsinriktade frågeformulär inför mottagningsbesöket. Detta kompletteras lämpligen med beställning av ett livsstilsrelevant provbatteri, där till exempel provtagning kan ske via vårdcentral, så att ifyllda frågeformulär och provsvar finns tillgängliga inför mottagningsbesöket.

Förslagsvis kan mottagningsbesöket inledas av paramedicinaren, som tillsammans med patienten går igenom de ifyllda formulärens för komplettering och efterföljande basal rådgivning. Läkaren får sedan en komprimerad rapportering i närvaro av patienten, och kan på så sätt få ett naturligt avstamp att koppla patientens aktuella problem till föreliggande livsstil.

Fokus breddas således, så att till exempel diskussion kring kompletterande utredningar, medicinjusteringar och andra medicinska åtgärder naturligt inpassas i en diskussion kring vad patienten kan och bör göra, för att hantera sina aktuella, och förebygga befarade kommande, problem. En sådan strategi underlättar att den positivt värdeladdade klichén ”empowerment”, (som bland annat kan översättas med ”stärkande av patientens egenmakt”), blir en klinisk realitet.

DEM SKA TA ANSVAR?

Hur vårdprogrammet därutöver ska designas beror på vem patienten är, vilket neurologiskt tillstånd som är aktuellt, tillståndets svårighetsgrad, eventuell komorbiditet, intresse och resurser vid den

aktuella kliniken, tillgång till kompletterande vårdgivare, geografiska faktorer med mera. Främst handlar det om vilken vårdgivare som är beredd att ta ansvar för mer omfattande hälsopromotiva och livsstilsmodifierande insatser utöver mottagningsbesökets ”ögonöppnare” och ”mini-intervention”.

Personligen har jag erfarenhet av att som en del av en neurorehabilitativ kontext organisera återkommande individuell rådgivning, diagnosspecifika studiecirkel och andra pedagogiska aktiviteter (till exempel tematiska föreläsningar, framställning av skrifter riktade till målgruppen patienter och närstående), remiss till en förnyad rehabiliteringsomgång med denna profilering, med mera.

Naturligtvis kan man även tänka sig remiss till andra vårdgivare, till exempel inom primärvården – dock under premisen att formerna för delegationen av och samarbetet kring dessa problem fastställts. Annars är risken att remissen blir en kosmetisk och samvetsdövande åtgärd utan praktisk nytta, då primärvårdgivare inte sällan känner sig ovana och obekväma med att handlägga livsstilsmodifikation och hälsopromotion hos patienter med för dem ovanligare diagnosgrupper – detta ofta även om man för den så kallade ”allmänna befolkningen” utarbetat goda rutiner för dylika interventioner. (Det åligger den som remitterar att beskriva särskilda hänsyn om sådana behövs.)

I den föredömliga skriften FYSS (fysisk aktivitet på recept) återfinns ett flertal tillstånd inom neurologin, till exempel MS, Parkinsons sjukdom, stroke, ryggmärgsskador, resttillstånd efter polio, demens, kronisk smärta, yrsel/balansrubbningar med mera. Det bör dock understrykas, att livsstilsmodifika-

tion och hälsopromotion naturligtvis inte endast ska begränsas till frågor om fysisk aktivitet. I många sammanhang är frågor gällande kost och missbruk exempelvis minst lika centrala att adressera.

IRRATIONELL INDELNING

Avslutningsvis vill jag påstå att det långsiktiga omhändertagandet av personer med neurologiska sjukdomar och skador fortfarande lider av en irrationell indelning efter delsymtom (personen har fler än ett symtom), av en ”inte-mittbord”-mentalitet och av en avsaknad av helhetssyn. Detta är sannolikt en av flera orsaker till att våra patienter inte får hjälp med att identifiera och därför inte heller stöd för att åtgärda en ur hälso- och prestationssynpunkt ogynnsam livsstil.

Trots fantastiska framsteg i behandlingen av många neurologiska sjukdomar har vi för våra patienters skull inte råd med att underlåta att även erbjuda råd och dåd vad gäller livsstil och hälsa. Detta är särskilt angeläget, då många av våra patienter är särskilt sårbara och har särskilt inskränkta marginaler för att klara det dagliga livets växlande utmaningar.

Genom att implementera mer av det vi faktiskt redan vet och kan, har vi möjlighet att bidra till våra patienters autonomi, livskvalitet och livstillfredsställelse i väntan på ”mirakelkurerna”. I regel är det som är bra för alla människor *ännu bättre* för de som måste leva med den extra bördan av neurologisk skada och sjukdom. Ett ökat hälso- och livsstilsfokus inom neurologin är helt kongruent med specialitetens metamorfos från diagnostik till aktiv intervention.



RICHARD LEVI
neurolog och professor i rehabiliteringsmedicin, Umeå universitet, Umeå