

Kostråd i vården – en väg kantad av motgångar och möjligheter



GUNNAR JOHANSSON, professor Halmstad
 i hälsovetenskap, Högskolan i gunnar.johansson@hh.se

Många dietister, sjuksköterskor, läkare och kostrådgivare har vittnat om hur svårt och komplext det kan vara att ge kostråd. Det handlar sällan om att ge sakliga evidensbaserade råd som om människan vore en maskin som enbart behöver det bästa bränslet. Det handlar ofta mer om emotioner, känslor förknippade med mat och olika händelser, belöning, tröst, socialt tryck osv än om näringslära. Som någon sa: »Hur kul är det att få veta att man äter fel?«. Sådana reaktioner verkar vara vanliga, då dietister ofta berättar att det är lättare för många att tala om allergier, E-nummer, livsmedelsindustrins framställning av mat och omständigheter som ligger utanför dem själva än om de egna matvanorna.

Denna artikel har som utgångspunkt att människan inte alla gånger är logisk och rationell och inte alltid fattar beslut med utgångspunkten att leva så länge som möjligt och minimera risken för sjukdom. Ibland är det »reptilhjärnan« som styr, med impulser och känslor som vi inte alla gånger vet var de kommer ifrån.

Mat väcker känslor – några exempel

Några exempel, ur ett stort urval, visar att mat väcker känslor och att reaktionerna inte alltid verkar logiska ur en åhörars synvinkel.

- Om det bjuds på kaka till kaffet och man inte tar en kaka undrar folk varför man inte äter kakor. Äter man en kaka blir de flesta nöjda. Tar man två kakor tycker folk att man är ett kakmonster.
- En intervjuperson i en kvalitativ intervju sa att all information om mat är pekpinnar.
- En dietist skulle ta emot ett överviktigt barn tillsammans med barnets föräldrar. Föräldrarna skällde ut dietisten under hela behandlingstiden och slutade först när behandlingstiden var över och gick då därifrån.
- Vid en föreläsning för läkare talade föreläsaren om jordnötter, då plötsligt en läkare i triumf skrek att jordnötter är en baljväxt och inte en nöt (jordnötter är en baljväxt botaniskt men tillhör gruppen nötter inom näringsläran).
- Vid samma föredrag för läkare talade föreläsaren om hälsoeffekter av frukt och grönsaker, då plötsligt en annan läkare skrek att bananarbetare far illa och hade en lång utläggning om bananplockares arbetsvillkor.
- Vid föreläsningar om kostens betydelse för olika sjukdomstillstånd brukar det i stort sett alltid vara någon som när som helst avbryter och talar om praktiska eller ekonomiska aspekter på att äta hälsosamt, tex att man hinner inte planera och laga mat nu för tiden, det är så dyrt med nyttig mat osv.

Mat, självbild och identitet

Upplevelser av mat i barndomen, såsom händelser vid frukost- eller middagsbordet, kan väcka olika typer av känslor. Det är naturligtvis de mest traumatiska händelserna som

långt senare kan ge känslomässiga efterdyningar. Små barn som vägrar äta kan väcka ångest hos föräldrarna. Ångesten kan i sin tur väcka obehagliga minnen av mat från deras egen barndom, utan att de kanske förstår reaktionen när den uppstår senare i livet.

Det tycks finnas normativa föreställningar om vad som är rätt och fel att äta. Vår självbild och identitet verkar hotas om bilden av vad vi äter inte stämmer med bilden av vad vi anser oss vara. Eftersom »jag är vad jag äter« tycks gälla, kan det vara känsligt att tala om mat, eftersom ett »angrepp« på vad man äter blir ett angrepp på personen, identiteten och självbilden. Vi har svårt att frigöra oss från detta tankesätt om skuldbeläggande av individen, vilket leder till att det blir svårt att tala om mat.

Indirekta kostbudskap och seglivade myter

En viktig faktor är de indirekta kostbudskap som många framför; bla Lars Werkö, ibland kallad nestorn inom svensk sjukvård [1], hävdade att det är viktigare att leva gott än att leva länge [2]. Det han inte direkt hävdade, men som är konsekvensen av det han sa, är att man måste välja mellan att antingen äta gott och leva dåligt eller att äta tråkig mat (och leva tråkigt) och leva länge. Det är naturligtvis betydelsefullt när mäktiga personer hävdar att man måste göra sådana val. Detta är en seglivad myt som många vittnar om är felaktig, tex Martin Ingvar och Gunilla Eldh i boken »Hjärnkoll på viken«, där de skriver »Vem har sagt att det är trist att äta nyttigt?« [3]. Det är fullt möjligt att kombinera nyttigt och god mat. Men det kan bli en svår uppgift för en kostrådgivare att arbeta mot en sådan myt och uppfattas som en glädjedödare som vill ta bort de glädjemen i livet som god mat och dryck är. Ser man denna myt som en sanning är det inte svårt att förstå att vissa personer blir aggressiva och känner sig hotade om man talar om att ändra kostvanor.

Följande citat ur Ingvars och Eldhs bok visar hur naturligt detta motstånd är och att det kan ändras: »Hjärnans belöningssystem är en osynlig supermakt som styr vårt handlande på gott och ont« [3]. »Nu tycker jag varma hallon och ett hackat äpple är höjden av njutning och lika gott som jag tyckte en påse Polly var förr (Margareta)« [3]. »Trögheten i systemet

■ sammanfattat

Hälso- och sjukvården är en central arena för att främja goda levnadsvanor och kan på så sätt minska förekomsten av många skällevnads-sjukdomar.

Å ena sidan när man praktiskt taget hela befolkningen, å andra sidan får man tillgång till ett individuellt möte med nästan alla patienter. Omkring två tredjedelar av befolkningen möter en läkare

under en tolv månadersperiod. Man får alltså ett unikt tillfälle att möta stora delar av befolkningen enskilt, ett tillfälle man kan utnyttja till att arbeta preventivt med våra vanligaste sjukdomar. Denna artikel handlar om hur man kan arbeta preventivt på främst kostområdet och vilka problem man kan möta. Till sist ges råd för att förstå och bemästra dessa problem.

(vid kemiskt beroende) gör att sockersuget inte försvinner direkt när du börjar äta rätt. Risk för återfall är störst i början, innan systemet har hunnit bli omkodat« [3].

Kunskap i enbart näringslära räcker inte

Att förändra matvanor handlar alltså om flera faktorer: kemiskt beroende, sociala konsekvenser, kunskap, myter och fördröjd och omedelbar belöning. Detta tydliggör att kostråd-givning är en komplex process som kräver kompetens inom många områden, t ex empati, näringslära, psykologi, sociologi m m. Med enbart kunskap om näringslära kommer man inte långt. Ingvar och Eldh skriver: »Den tråkiga symbolen 'tallriksmodellen' förföljer oss från dagis till ålderdomshemmet« [3]. Denna syn på detta och liknande pedagogiska hjälpmedel för att förenkla kostbudskapen, såsom kostcirkeln, nyckelhålet m m, är tyvärr relativt vanlig och kan ses som ett sätt att nedvärdera budskapet och utbildarna.

En liknande attityd finns även när det gäller hem- och konsumentkunskap i skolan, där statusen bör höjas till att gälla allmän livskunskap. Det borde kunna vara ett av skolans viktigaste (och roligaste) ämnen. Det är allas ansvar, speciellt deras som har inflytande inom dessa områden, att ta till sig kunskapen om att levnadsvanorna har stor betydelse för livskvaliteten och kan avgöra om vi ska hålla oss friska eller utveckla sk livsstilssjukdomar. Det är viktigt att framhålla att att äta gott och att njuta av maten i hög grad är förenligt med att äta nyttigt.

Modeller och teorier om beteendeförändringar

Det är viktigt att förstå hur människor fattar beslut om sin hälsa och vad som styr hälsosamma beteenden för att kunna utforma effektiva hälsofrämjande insatser. Att förändra matvanor och grad av fysisk aktivitet innebär för individen en långsiktig beteendeförändring. Insatser som syftar till att främja goda matvanor och fysisk aktivitet på samhälls-, grupp- och individnivå utgår därför ofta från teoribaserade beteendemodeller, såsom Health belief model, Theory of reasoned action, Transtheoretical (stage of change) model, Social cognitive theory, Diffusion of innovation eller Communication-behaviour change model [4-6], som har visats vara effektiva för långsiktiga, positiva effekter på hälsan.

Tre av de vanligast förekommande modellerna på individ- och gruppnivå är beteendemodellen, teorin om förändringsbenägenhet (den transteoretiska modellen) och den socialkognitiva modellen. Enligt beteendemodellen är den viktigaste faktorn som styr vårt beteende de faktiska (och omedelbara) konsekvenser beteendet har. Detta medför ett pedagogiskt problem inom livsstilsområdet, då de viktigaste effekterna av en beteendeförändring kommer relativt sent efter den inledande livsstilsförändringen (för hjärt-kärlsjukdomar, ett flertal cancerformer, osteoporos m m ofta flera decennier senare). Därför behöver de kortsiktiga effekterna framhävas, såsom välmående, som kan uppnås efter bara några dagar.

Den transteoretiska modellen består av fem förändringsstadier som individen går igenom vid beteendeförändring: förnekelsestadiet, begründandestadiet, förberedelsestadiet, handlingsstadiet och aktivitetsstadiet. Förflyttningen mellan dessa stadier sker successivt i cykler och är en dynamisk process [5]. Den socialkognitiva modellen används ofta vid hälsobeteendeförändringar. En central del i modellen är begreppet självtillit (self-efficacy), som handlar om individens egen tillit till sin förmåga att genomföra en önskad förändring, exempelvis förändra sitt beteende kring fysisk aktivitet och mat genom framför allt diskussion om målsättning och självreglering. På samhällsnivå förklaras ofta hälsobeteendet utifrån en socialekologisk modell, som sätter individen i rela-

»Detta gör man bäst genom att förstå att matvanor inte bara, utan troligtvis till mycket liten del, handlar om saklig information.«

tion till sin omgivning och fokuserar på de faktorer som bestämmer hälsan och visar att dessa finns på flera nivåer i samhället. Sociala och fysiska miljöfaktorer och interaktionen däremellan lyfts fram. För att nå bästa möjliga effekt på hälsan måste därför insatser ske på olika nivåer i samhället [6].

Konsten att ge råd – inte skapa motstånd

Det är svårt att ge rationella, logiska och näringsmässigt riktiga kostråd om personen som ska ta emot råden rationaliserar sitt kostval, t ex med att bra mat är dyr eller att han eller hon inte hinner, när det egentligen handlar om något annat. Diskussionen kan då komma helt snett, och den som ska ta emot kostråden kan till och med bli aggressiv, troligtvis för att han/hon blir överbevisad, vet om det och blir irriterad över det.

Det är därför viktigt att man som kostrådgivare förbereder sig mentalt på dessa försvarsreaktioner. Detta gör man bäst genom att förstå att matvanor inte bara, utan troligtvis till mycket liten del, handlar om saklig information. Matvanor kan handla om känslor, skuld, skam, njutning, belöning, tröst, straff, vanföreställningar m m. Att äta fel kan vara ett tecken på att personen i fråga inte mår bra och därför bör tala om livet i största allmänhet snarare än om maten, som bara är det yttre tecknet på välmående. Ett problem som inte handlar om mat kan inte lösas med mat. Detta är många kostrådgivare medvetna om och har lärt sig i sin utbildning, men luckorna verkar vara stora och ojämna.

Eftersom vi vet att många av de vanligaste sjukdomarna beror på livsstilen, såsom att livsstilsfaktorer är en bidragande orsak till över 90 procent av hjärtinfarkter [7], kan det bli ett etiskt dilemma att inte tala om livsstilen. Samtidigt vet vi att om vi säger något så har det troligtvis ingen effekt och i värsta fall negativ effekt. En lösning på detta är att personal som ska ge kostrådgivning får utbildning om sambanden mellan kost och sjukdom, främst hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Det är nödvändigt men långt ifrån tillräckligt. Dessutom måste man ha förståelse för matens symbolvärde och att maten kan tillfredsställa många skilda behov. Man ska vara försiktig med generella råd.

Dock finns det några konkreta, praktiska råd som verkar gälla generellt. Ett är att närmiljön och tillgängligheten till mat har stor betydelse. Vissa saker bör inte finnas i skafferi, kyl och frys. Dessutom bör matinköpen göras på ett välplanerat sätt och när man inte är hungrig, så att risken för impuls-köp minimeras.

Leva som man lär

En viktig faktor är att de personer som ska leda interventionen lever som de lär. Bristen på trovärdighet skiner igenom ifall den egna tillämpningen och budskapet inte är i samklang. Det gäller såväl kost som andra områden, exempelvis om storrökare, som trivs med det, skulle ge information om tobaksavvänjning, eller om alkoholister skulle ge råd om måttlighet i alkoholkonsumtionen.

Men ingen regel utan undantag. Det finns exempel på det rakt motsatta, nämligen att överviktiga hellre lyssnar på överviktiga, eftersom de uppfattas som mer trovärdiga och realistiska. Överviktiga patienter har beskrivit normalviktiga dietister som trådmala asketiska renlevnadsmänniskor som

inte har någon förståelse för de problem en överviktig person har.

Råd, pekpinor och informationsresistens

En svårighet med beteendevetenskapliga modeller för att skapa långsiktiga förändringar i levnadsvanor är den rådande kulturen inom hälso- och sjukvården. Personalen där har ofta fått lära sig att deras uppgift är att snabbt ställa frågor, diagnostisera och ge det bästa rådet. Det passar dock inte på områden där det anses att man ska kunna bestämma själv, såsom livsstilsfrågor. I många beteendevetenskapliga metoder försöker man undvika att ge direkta råd. De upplevs lätt som pekpinor. Om rådgivaren ger råd som inte är önskade av mottagaren kan det leda till tyst eller öppet motstånd. Ett god utgångspunkt är att avsätta tid i början för att lyssna på personen för att utvärdera vad han/hon anser att problemet är. Man får vara beredd på att det kan ta lång tid eftersom det kan vara svårt även för personen i fråga att förstå och erkänna vad problemet handlar om. Slösa framför allt inte bort tid i början på att ge saklig evidensbaserad information till en person som främst vill att man lyssnar. Ge inte råd förrän personen vill ha information. En viktig uppgift för kostrådgivare är att locka fram ett behov att lyssna på goda råd.

Det kan vara som en läkare sa: »Vi har fullt med informationsresistenta överviktiga patienter här.« Man får helt enkelt ta reda på vad informationsresistensen beror på. Ett vanligt exempel på det som för en utomstående kan tolkas som informationsresistens är när en person i en familj, vanligtvis kvinnan, fått lära sig ett bättre sätt att äta och vill införa det i familjen men möter motstånd från mannen, som inte vill se några förändringar och äta t ex någon »kaninföda«.

Motiverande samtal – bekräfta, inte argumentera

En metod som vinner terräng när det gäller förändringsarbete inom livsstilsområdet är motiverande samtal, motivational interviewing (MI) [8]. MI består av olika delar, t ex bekräftelse. Rådgivaren visar då att han/hon ser och uppskattar patienten och hennes kompetens, styrka och ansträngningar. Det är viktigt i MI att ställa öppna frågor, som inleds med ord som »hur, vad, på vilket sätt« och »berätta«. En öppen fråga inbjuder patienten att berätta om det hon vill berätta. Reflektioner, speglingar och sammanfattningar är viktiga komponenter i MI. De är ett sätt att visa empati och stimulera patienten till att fortsätta att utforska sina tankar. Patienten får ett kvitto på att rådgivaren har lyssnat, och rådgivaren kan förstärka vissa saker som han/hon vill förstärka.

I MI ser man motstånd inte huvudsakligen som en egenskap hos patienten, utan något som rådgivaren kan framkalla genom sitt sätt att samtala. Därmed kommer vi in på ett annat kännetecken för MI, som är att man helst inte argumenterar med patienten utan i stället bekräftar att man hört vad patienten säger, tar tag i motargumenten genom att be patienten utforska dessa mera. Rollnick och Miller kallar detta för »roll with resistance«, ungefär »rulla med motståndet« i direkt-

»Man måste komma ihåg att vi har våra ovanor för att vi på något plan trivs med dem.«

översättning [8, 9]. Det betyder att om man märker att patienten blir irriterad, arg eller argumenterar för status quo bör man backa, göra en reflektion, en spegling, sammanfatta och bekräfta vad man hör, dvs rulla med motståndet. Detta visar att rådgivaren accepterar vad patienten säger och försöker förstå det bakomliggande budskapet. Ibland kan det till och med vara klokt att be om ursäkt genom att t ex säga: »Jag är ledsen, det var klumpigt av mig att ...« Resultatet av att rådgivaren rullar med motståndet brukar vara att motståndet lägger sig.

Matordning på recept

Ett sätt att förstärka effekten av MI kan vara ett ge ett kortfattat recept på en önskvärd kostförändring, »matordning på recept« (MoR) [10, 11] (dietary advice on prescription, DAP). Receptet bör innehålla en kortfattad motivering till varför en kostförändring är önskvärd och vad man kan uppnå med den. Huvudpoängen med denna receptmodell är att ge tyngd åt kostråden. Principen är densamma som för fysisk aktivitet på recept (FaR). Vi testar just nu MoR-modellen i Halland för att kunna utvärdera effekten av detta nya koncept.

Slutsats

Alla exempel som beskrevs i början av denna artikel kan ses som normala. Kostvetenskap är normativ till sin natur, vilket kan göra att alla kostråd kan väcka motstånd, eftersom de kan ses som en idealmodell för hur man ska leva. Att tala om kost, skriva ut MoR och använda beteendevetenskapliga modeller för kostförändring i hälso- och sjukvården kan i framtiden bli lika naturligt som att använda bilbälte när man kör bil. Bilbältet väckte också motstånd i början och MoR kan förhoppningsvis gå samma väg som bilbältet.

Kostrådgivning är en komplex process och handlar sällan bara om att ge saklig evidensbaserad nutritionsinformation. Denna kunskap är av betydelse för t ex läkaren eller sjuksköterskan, som i omvårdnadsarbetet bör vara mentalt förberedda på till synes ologiska reaktioner som kan handla om något helt annat än det man kan förvänta sig. Tröskeln för att byta vanor är olika hög för olika personer, och det gäller alla vanor, såsom rökning, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. Man måste komma ihåg att vi har våra ovanor för att vi på något plan trivs med dem. Men goda vanor är lika vanebildande som dåliga, och belöningen kan bli stor för den som kan bryta dåliga vanor. Rökare kan känna det redan efter en dag medan det ofta tar längre tid när det gäller fysisk aktivitet eller kostvanor. Men det kan vara som en person som bytte kostvanor sa: »Jag visste inte att man kunde må så här bra.«

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hont G. Svensk sjukvårds nestor Lars Werkö död. *Läkartidningen*. 2009;106(42):3672.
- Johansson BW. Hjärtat. Inblick i svensk cardiologihistoria. Falun: Historiska Media; 1997.
- Ingvar M, Eldh G. Hjärnkoll på vikten. Stockholm: Natur och Kultur; 2010.
- Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
- Prochaska J, Redding C, Evers K. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, editors. Health behavior and health education Theory research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- Sallis J, Owen N, Fisher E. Ecological models of health behaviour. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care. Helping people change behaviour. New York: Guilford Press; 2008.
- Holm Ivarsson B. MI, motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården. Stockholm: Gothia Förlag; 2009.
- Johansson G. FaR och MoR i vården. *DietistAktuellt*. 2009;19(2):7-9.
- Johansson G. Matordning på recept (MoR) i hälso- och sjukvården. Del 2. *DietistAktuellt*. 2010; 19(2):26-7.