

Forebyggelse i sundhedsvæsenet – muligheder og begrænsninger

Professor Signild Vallgård

STATUSARTIKEL

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

I dansk folkesundhedspolitik har forebyggelse i sundhedsvæsenet en central placering. Politikens fokus er på at ændre menneskers adfærd og ikke mindst på, hvad den enkelte borger selv kan gøre for at forbedre sin sundhed. Det personlige ansvar er det første princip, som nævnes i regeringens nationale handlingsplan for forebyggelse fra 2009 [1]. En vigtig opgave bliver derfor at hjælpe den enkelte til at vælge den rigtige – dvs. den sundhedsgavnige – adfærd, og et effektivt middel til at få mennesker i tale og til at tage ansvar kan være at benytte den kontakt, sundhedsvæsenet har med borgerne.

FOREBYGGELSESTRATEGIER OG FOREBYGGELSESPARADOKSET

Forebyggelse kan have forskellige udformninger. Man kan skelne mellem *højrisiko-* og *massestrategi* [2]. Ved en højrisikostrategi identificeres, ofte gennem screening, de personer, som er i særlig risiko for at blive syge. Screening foregår både ved undersøgelser af enkelte risikofaktorer f.eks. blodtryk eller forstadier til sygdom som livmoderhalskræft, og ved generelle systematiske helbredsundersøgelser af børn og voksne. Når personer, som er i særlig risiko, er fundet, koncentrerer indsatsen om at reducere deres risiko ved at opfordre til adfærdændringer eller give forebyggende behandling. En massestrategi derimod retter sig mod hele befolkningen eller alle i en given aldersgruppe, og den sigter på at ændre alles levestil eller adfærd.

Fordelene ved højrisikostrategien er, at ressourcerne bruges på dem, som har størst risiko for at blive syge, og at de, som udpeges, ofte vil være mere motiverede for at ændre adfærd, når de bliver præsenteret for en konkret risiko. En anden fordel er, at hvis der er en risiko forbundet med indsatsen, kan den opvejes af, at højrisikopersonerne også har stor chance for at få gavn af den. En ulempe er, at denne form for forebyggelse oftest ikke er med til at forhindre, at nye mennesker havner i højrisikogrupperne. Dermed bliver den en uendelig historie. En undtagelse er smitsomme sygdomme, hvor behandling, isolation og forebyggelse f.eks. gennem vaccination af mennesker, som er i særlig risiko, kan stoppe smittespredning og dermed forebygge, at andre bliver syge. Almindeligvis er vaccinationer dog en masseindsats, hvor alle får tilbuddet. Rygning kan også være »smitsomt«, så med en indsats, der fører til en reduktion af antallet rygere, er der mulighed for at færre begynder [3]. Ved massestrategien opnår man derimod varige resultater, hvis den lykkes.

Højrisikostrategien har den samme berettigelse som behandling: Den kan forbedre enkeltindviders sundhed og reducere lidelse og tidlig død. Ved at man tilrettelægger indsatsen over for borgere, som man har kontakt med, indebærer den også, at man som forebygger kan se, hvem der sandsynligvis får glæde af indsatsen. Det kan skabe en personlig relation mellem patient og læge, som er tilfredsstillende for begge parter. Gennem en massestrategi gavnnes en række anonyme personer, og disse ved ikke, at de lever længere og raskere i kraft af forebyggelsen. Det kan forklare en del af den stærke opbakning, højrisikostrategien har i dansk folkesundhedspolitik; det er synligt, hvem som gavnnes. En ulempe med højrisikostrategier, hvor de særligt sårbare udpeges, kan være, at det kan opleves som stigmatiserende at blive diagnosticeret med en forhøjet risiko for f.eks. hjerte-kar-sygdom eller kræft, uanset om det skyldes genetiske eller andre faktorer. Der tales også om risiko for sygeliggørelse, og den kan skabe måske unødigt bekymring eller angst.

Inden for forebyggelsesarbejdet har man også at gøre med det, som kaldes *forebyggelsesparadokset*: »a measure that brings large benefits to the community



offers little to each participating individual« [4]. Det betyder også, at de forhold, som medfører, at konkrete individer bliver syge, ikke nødvendigvis er de samme, som påvirker hele befolkningens sundhedstilstand. Når man derfor for at give en konkret vejledning til enkeltindivider – f.eks. hvis praktiserende læger anvender PRECARD [5] til at vurdere patienters risiko for at få hjerte-kar-sygdomme – bruger epidemiologiske undersøgelser, som handler om, hvorfor befolkninger eller befolkningsgrupper bliver syge, sker der en overførsel til individniveau af befolkningsbaserede data, som kan lede til fejlslutninger. Den patient, som lægen konkret har foran sig, bliver ikke nødvendigvis hjulpet eller hjulpet særlig meget af at følge lægens råd, selv om hele befolkningen gennemsnitligt ville blive raskere ved at følge lægens råd.

SUNDHEDSVÆSENETS ROLLE I FOREBYGGELSEN OG DANSK FOLKESUNDHEDSPOLITIK

I det seneste årtis politiske udmeldinger om folkesundhedsarbejdet i Danmark spiller sundhedsvæsenet en central rolle. Det gjaldt »Folkesundhedsprogrammet« [6] fra 1999 og »Sund hele livet« [7] fra 2002. I handlingsplanen fra 2009 tales endda om »sundhedsbehandling« [1 s. 27]. Her adskiller Danmark sig fra f.eks. England, Norge og Sverige, hvor man i forebyggelsesprogrammerne kan møde udsagn om, at sundhedsvæsenets rolle er begrænset, når det gælder forebyggelsen [8].

Ikke mindst i arbejdet med at reducere den sociale ulighed i sundhed ser danske politikere sundhedsvæsenet som afgørende. I Folkesundhedsprogrammet fra 1999 hed det, at »den praktiserende læge er en nøgleperson, når det gælder en forstærket indsats for at nedbringe den sociale ulighed i sundheden« [4]. Og i 2002 skrev den da nye regering: »For både de langvarigt syge, de svage ældre og de udsatte voksne er det kendetegnende, at de har en betydelig kontakt med social- og sundhedsvæsenet. ... at der om nødvendigt sker et opsøgende arbejde« [5]. I den nationale handlingsplan fra 2009 nævnes, at der skal laves særlige rygestop- og alkoholbehandlingsindsatser for de såkaldt mindre ressourcestærke. Grunden til, at sundhedsvæsenet tildeles denne rolle, er, at social ulighed i Danmark oftest defineres som det problem, at en mindre gruppe af befolkningen har store sundhedsmæssige og sociale problemer, især på grund af deres adfærd, og at indsatsen derfor bør handle om at få disse til at leve sundere. Hvis social ulighed i sundhed derimod defineres som stigende sygelighed med faldende social status, uddannelse og lignende, og man mener, at årsagerne også er at finde i forskelle i levekår, som arbejdsforhold, boligforhold



Massestrategi i forebyggelse.
Kilde: iStockphoto.

mv., bliver sundhedsvæsenets rolle i den samlede indsats naturligvis mindre.

Sundhedsvæsenets forebyggende indsats begrænser sig ikke til det, som er beskrevet ovenfor. Der foregår også forebyggelse, som kan betegnes som massestrategier f.eks. i forbindelse med helbredsundersøgelser af gravide og børn, hvor en central opgave er generel sundhedsoplysning. Desuden bidrager væsenet til forebyggelsen i andre dele af samfundet ved at tilvejebringe relevant viden om mulige risici, som når skadestuerne identificerer trafikfarlige steder, eller sundhedspersonalet identificerer arbejdspladser eller lokalområder, som har en ophobning af særlige sundhedsproblemer.

Det forholdsvis nye begreb, patientrettet forebyggelse, betegner netop den forebyggelse, som sundhedsvæsenet kan udføre. Det er ikke klart, om det indebærer, at målgruppen er patienter, som får tilbud om f.eks. rygeophør, uanset hvad de fejler,



FAKTABOKS

Dansk folkesundhedspolitik handler især om at få den enkelte borger til at tage ansvar for at ændre sin adfærd, og sundhedsvæsenet tildeles en central rolle.

Forebyggelse i sundhedsvæsenet indebærer ofte en højrisikostrategi, hvor man identificerer og gør en indsats over for dem, som er i særlig risiko for at blive syge og dø. Denne strategi passer fint sammen med sundhedsvæsenets øvrige diagnose- og behandlingsaktiviteter.

Forebyggelsen baseres ofte på faktorer, som har effekt på befolkningsniveau, men som ikke nødvendigvis påvirker den enkelte patient nævneværdigt.

Strategien hjælper – måske – den enkelte borger, men forhindrer sjældent, at nye mennesker havner i risikogrupper, og indsatsen bliver derfor en uendelig historie.

Forebyggelsesetikken er et forskningsfelt, som kunne fortjene større opmærksomhed.

netop fordi de er i kontakt med sundhedsvæsenet, eller om det handler om forebyggelse, som er relateret til patientens sygdom, f.eks. rygeophør i forbindelse med kronisk obstruktiv lungesygdom. I »Sund hele livet« fremhæves betydningen af at lære mennesker at leve godt med deres sygdom. Patienter er således en vigtig målgruppe for forebyggelsen, hvilket bidrager til at gøre forebyggelse i sundhedsvæsenet centralt.

FOREBYGGELSE SOM DIAGNOSE OG BEHANDLING

Forebyggelse i sundhedsvæsenet vil, som sagt, ofte handle om en højrisikostrategi, hvor de særligt sårbare individer identificeres, og den efterfølgende indsats rettes mod dem. Dette kan implicere genetiske test. Det kan også være risikovurderinger, der er baseret på undersøgelser af, om patienterne tilhører forskellige risikogrupper som PRECARD eller mere almindelige undersøgelser (gråzonescreening) af vægt, blodtryk, kolesterol mv. Forebyggelseskonsultationer og forebyggende helbredsundersøgelser af børn i almen praksis er et af de steder, hvor denne identifikation af personers risici foregår. På baggrund af disse vurderinger, eller diagnoser om man vil, indføres en form for behandling, som kan indebære medicinering, men som lige så ofte betyder, at patienternes adfærd søges ændret ved rygeophør, kostomlægning, alkoholbehandling o.l. Somme tider udføres også i forbindelse med konsultationer forebyggelse, som ikke retter sig mod højrisikoindivider, fordi man benytter lejligheden, når man har borgerne i tale, f.eks. når læger taler rygestop med patienter, som ikke har rygerelaterede sygdomme.

Sammenfattende kan man sige, at eftersom sundhedsvæsenets aktiviteter er individorienterede, passer den individrettede forebyggelse som fod i hose til sundhedsvæsenets øvrige måde at agere på. Metoderne og problemstillingerne i forebyggende lægemiddelbehandling og bestræbelser på adfærds- eller livsstilsændringer hos enkeltpersoner er de samme som ved sygdomsbehandling. Det, man opnår med denne form for forebyggelse, hvis den lykkes, og det er adfærden, som er den væsentligste årsag til den konkrete patients potentielle sygdom, er, at de mennesker, man søger at påvirke, lever længere og bliver raskere. Man forhindrer derimod ikke, at nye mennesker havner i højrisikogrupper, og man forandrer ikke nødvendigvis den samlede befolknings gennemsnitlige levetid i nævneværdig grad.

FREMtidig FORSKNING

Der er naturligvis rigtig mange områder, som kunne udforskes, når det drejer sig om forebyggelse i almindelighed og om forebyggelse i sundhedsvæsenet. Et

spørgsmål er, hvor det bedst kan betale sig at sætte ind, hvis man vil opnå flest mulige gode leveår, om det skal være højrisikointervention i sundhedsvæsenet eller masseintervention udenfor, og hvad man skal gøre, hvis man vil opnå størst mulig lighed i sundhed. Et andet emne er forskning om de etiske aspekter af forebyggelsesindsatserne [9]. Hvor vel-dokumenteret skal en intervention, f.eks. for vægtrækning være, før det er berettiget at iværksætte den og give mennesker, måske forfængeligt, håb og få dem til at foretage en række ændringer i deres livsførelse? Hvordan skal andre goder end sundhed vægtes, når forebyggelsestiltag iværksættes – f.eks. frihed til selv at bestemme over sit liv og privatlivets fred? Hvilke ulemper som stigmatisering og skyldfølelser er det rimeligt at udsætte mennesker for? Hvor stor risiko kan man udsætte nogle få for, for at gavne mange ved vaccinationer eller forebyggende behandlinger af forhøjet blodtryk og forhøjet serumkolesterol? Forebyggelsesetikken er et forskningsfelt, som kun er i sin spæde begyndelse i Danmark, og som sikkert ad åre kan komme med bidrag, som kan kvalificere den sundhedspolitiske debat om forebyggelse i og uden for sundhedsvæsenet.

KORRESPONDANCE: Signild Vallgård, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, DK-1014 København. E-mail: s.vallgarda@pubhealth.ku.dk

ANTAGET: 22. december 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre. København: Regeringen, 2009.
2. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14:32-8.
3. Holstein BE, Ito H, Due P. Rygevaner blandt børn i alderen 1-1988. Et studie af rygevaner og deres sammenhæng med sociale baggrundsvariable, sundhed, livsglæde og sociale netværk. *Ugeskr Læger*. 1990;152:2651-4.
4. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease, *Brit Med J* 1981;282:1847-51.
5. Thomsen TF, Davidsen M, Ibsen H et al. A new method for CHD prediction and prevention based on regional risk scores and randomized clinical trials; PRECARD and the Copenhagen Risk Score. *J Cardiovasc Risk* 2001;8:291-7.
6. Regeringens folkesundhedsprogram. København: Regeringen, 1999.
7. Sund hele livet. København: Regeringen, 2002.
8. Vallgård S. Social inequality in health: dichotomy or gradient?: A comparative study of problematisations in national public health programmes. *Health Policy* 2008;85:71-82.
9. Dawson A, Verweij M. Introduction: ethics, prevention, and public health. I: Dawson A, Verweij M, red. *Ethics, prevention, and public health*. Oxford: Clarendon Press, 2007:123-456.