

Forebyggelse af folkesygdomme – strategiske udfordringer

Afdelingschef Lars Iversen

Ribe Amt, Psykiatri- og sundhedsområdet

Omfattende – og i et historisk perspektiv – hurtige ændringer i sociale og økonomiske levekår har igennem de seneste 100 år øget middelalderen markant og ændret sygdomsmønstret fra at være domineret af smitsomme sygdomme til, at det nu er de store velkendte kroniske folkesygdomme, der dominerer. Dette skifte har krævet løbende ændringer i sundhedspolitikken og sundhedsvæsenet. Fokus er i disse år primært rettet mod helbredsbelastende former for livsstil såsom rygning, dårlig kost og manglende fysisk aktivitet. Dette er ingen tilfældighed eller udtryk for et moralsk valg. I Ugeskriftets temanumre om folkesygdomme er det dokumenteret, hvor stor betydning netop disse faktorer har for utallige sygdommes udbredelse, behandling og prognose.

Forebyggelse mødes ofte med skepsis med hensyn til, om det overhovedet er muligt at ændre befolkningens livsstil gennem forebyggende initiativer. Denne skepsis kan bygge på dagligdags kliniske erfaringer med patienter, der ikke følger råd om ændring af livsstil, eller forbud, der åbenlyst overtrædes. Et særlig forkættet område har været brede oplysningskampagner, hvis nyttevirkning der jævnligt rejser tvivl om.

En del af denne skepsis må efterhånden betegnes som ikkevidensbaseret. Forebyggelsesforskningen gennem de seneste par årtier giver efterhånden mere fast grundlag for vurdering af effekten af forebyggende indsats. Det gælder for eksempel indsatsen på ulykkes-, alkohol- og tobaksområdet.

Den forebyggende indsats skal ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Dette er ikke ensbetydende med, at forebyggelsen blot er en forlængelse af sundhedsvæsenets øvrige indsats. Forebyggelsen er et felt med sine egne udfordringer og repræsenterer en radikalt anderledes måde at forholde sig til sundhedsproblemer på. Anerkendes dette ikke, vil den forebyggende indsats forblive af marginal betydning.

I sundhedsvæsenet er perspektivet patientorienteret. Det drejer sig om behandling af individer og forbedring af deres helbred.

Valg og ændring af livsstil er ikke kun et individuelt anliggende. Livsstil udvikles i en gensidig påvirkningsproces mellem personen og kollektivet (familie, skole, arbejdsplads, foreninger, lokalsamfund). Forebyggelsen må derfor forholde sig til både det individuelle niveau ved at sætte den enkelte i stand til at udvikle en sund livsstil og det kollektive – eller sociale – niveau ved at skabe rammer, der netop gør dette muligt for den enkelte [1].

I denne artikel belyses de strategiske udfordringer for forebyggelsen med udgangspunkt i, at indsatsen kan rettes både mod den enkelte og mod kollektivet, og der fokuseres på forebyggelse af folkesygdomme, hvor livsstil spiller en væsentlig ætiologisk rolle.

Den individrettede forebyggelse

Den individrettede indsats omfatter typisk sundhedsoplysning, rådgivning og træning i livsstilsændringer, patientuddannelses- og rehabiliteringsprogrammer, hvor man skræddersyr indsatsen i forhold til den enkelte, og hvor man direkte træner og understøtter adfærdsændringer. Forebyggende medikamentel eller kirurgisk behandling vil ofte være en del af disse programmer. Denne type forebyggelse rettes i modsætning til generelle oplysningskampagner, kun mod personer med forhøjet risiko for sygdom, personer med tidlige tegn på sygdom eller patienter. Indsatsen kaldes ofte højrisikointervention.

I de senere år er der udviklet en betydelig teoretisk og praktisk indsigt i, hvorledes man kan rådgive om livsstilsændringer. Specielt på rygeområdet er man langt fremme. Ved hjælp af systematiske rådgivningsprogrammer og brug af nikotinsubstitutionsprodukter kan varigt rygeophør øges fra ca. 3%, som er den typiske spontane ophørshyppighed, til cirka 20% [2]. Denne dokumentation er grundlaget for indførelse af et landsdækkende system af rygeafvænningsklinikker i England.

På rehabiliteringsområdet gøres der også fremskridt i disse år. Det gælder for eksempel hjerterehabilitering og rehabilitering af patienter med kronisk obstruktive lungelidelser. Vi vil i de kommende år se en bred vifte af rehabiliteringsprogrammer for alle væsentlige kroniske sygdomme som en integreret del af behandlingen af kroniske patienter [3, 4].

Den afgørende udfordring for den individrettede indsats er ikke kun at opnå umiddelbare adfærdsændringer, men at fastholde dem på lang sigt. Tilbagefald er velkendte fra vægtekure og rygestopkurser, hvilket understreger det begrænsede forebyggende potentiale, der er i den individrettede indsats. Uden ændringer i personens omgivelser, der understøtter adfærdsændringerne – f.eks. gennem udbud af fedtfattige fødevarer, røgfrie miljøer, lokale motionsmuligheder – er det vanskeligt at forestille sig markante effekter. Den individrettede forebyggelse forudsætter således den kollektivrettede indsats for at få optimal effekt [5].

Fordele ved den individuelle forebyggelse er åbenlyse. Indsatsen og resurserne koncentrerer sig om personer med høj risiko. Personer med lav risiko lades i fred.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. Skønnet effekt af forskellige strategier til reduktion af rygning. Hvor mange nås? Og med hvilken effekt? Udarbejdet på grundlag af [9].

Strategi	Metode	Hvor mange nås?	Hvilken effekt?
Oplysning	Skoler	++++	+++
	Massemedier	++++	++
Individuel hjælp til rygeophør	Nikotinprodukter	++	+++
	Rådgivning	++	+
Lovgivning	Salgsrestriktioner	++++	++++
	Røgfrihed:		
	offentlige områder arbejdspladser	++++ ++++	+++ ++
Økonomi	Afgifter	+++++	+++++
Implementering	Nationale programmer <i>case-by-case</i>	++++ ?	++++ ?

Antal + angiver værdien på en 5-punkts ordinalskala, hvor + er mindste værdi og +++++ er højeste værdi.

Problemet er, at der sjældent er nogen veldefineret grænse for, hvornår risikoen er forhøjet. Det er undtagelsen, at der er en tærskelværdi, der kan afgrænse personer med og uden risiko for en given sygdom. Risikokurven er sædvanligvis stadig voksende i takt med øget eksponering. Selv personer med lav eksponering vil kunne nedsætte deres risiko yderligere. Ved den individrettede intervention, hvor der fokuseres på en arbitrært valgt højrisikogruppe, nås kun en mindre del af den samlede population, der er under risiko, og denne højrisikogruppe bidrager kun med en mindre del af den samlede sygelighed, der er forbundet med risikofaktoren.

Et eksempel på dette forhold er fysisk aktivitet. Beregninger efter Prevent-modellen viser, at hvis hele befolkningen øger sit fysiske aktivitetsniveau og bliver lidt mere aktiv på alle niveauer, reduceres antallet af dødsfald af iskæmisk hjertesygdom blandt danskere under 65 år med 20% [6]. Hvis det kun er den helt inaktive gruppe, der øger sit aktivitetsniveau, er reduktionen på under 5%. Potentialet er derfor større i den kollektive forebyggelse.

Problemet er til gengæld, at det kan være meget vanskeligt at reducere en hel befolknings risiko. Set fra den enkeltes side vil en ændring i for eksempel kolesterolniveauet kræve en stor indsats, samtidig med at gevinsten i form af nedsat absolut risiko for at få hjertesygdom ofte vil være beskedent – det såkaldte præventive paradoks.

Den kollektive indsats

Den kollektive indsats – ofte betegnet *community action* – er rettet mod sociale systemer, og indsatsen har til formål at ændre den måde, hvorpå de fungerer og dermed vilkårene for det enkelte individ. Det kan ske gennem lovgivning, afgifter og tilskud, byplanlægning, regulering af markedet osv. Denne type interventioner, der rammer hele befolkningen uanset risiko, kaldes ofte masseintervention.

De historiske erfaringer med effekten af sådanne indgreb er ganske stor. Et slående eksempel er forhøjelse af de danske

spiritusafgifter under første verdenskrig, der medførte en reduktion i alkoholforbruget på 90% inden for ganske få måneder. Forekomsten af alvorlige alkoholskader forsvandt ligeledes. Det gælder for eksempel delirium tremens og levercirrose [7]. Man kunne have forventet, at netop alkoholikeres forbrug ikke blev påvirket specielt af afgiftsforhøjelsen, men det var ikke tilfældet. Det var hele den danske alkoholkultur, der blev tørlagt, og det reducerede også misbruget og de alvorlige skader.

På videnskabeligt plan er der eksperimenteret en del med kollektiv forebyggelse. Særlig inden for forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme har der været gennemført en række storstilede forsøg med kollektivintervention. Erfaringerne har ikke været specielt opmuntrende. Her tænkes for eksempel på Nordkarelien-projektet, Stanford Five-City-projektet, Minnesota Heart Health Program og Heart Beat Wales [8], hvor man har søgt at påvirke livsstilsfaktorer som kost og rygning i lokalsamfund for herigennem at forebygge hjerte-kar-sygdomme. I bedste fald har man kunnet se en positiv udvikling i interventionsområderne, men det samme har været tilfældet i kontrolområderne. Den målrettede intervention synes således i bedste fald kun at have haft en marginal og midlertidig betydning for sygdomsudviklingen, der øjensynlig har været styret af bagvedliggende forhold, der har været fælles for både interventions- og kontrolområderne.

I fortolkningen af disse forsøg er det vigtigt ikke at affærdige dem, men tværtom anskue dem som led i en historisk læreproces, hvor man gennem negative fund har fået stadig mere indsigt i, hvad der skal til for at skabe ændringer.

Inden for tobaksområdet – som er den moderne forebyggelses frontområde – er specielt amerikanerne efterhånden nået så langt, at det er muligt på et videnskabeligt grundlag at vurdere potentialet i forskellige forebyggelsesstrategier [9]. Af Tabel 1 ses for eksempel, at skatter og restriktioner er mere effektive end individrettede indsatser med hjælp til rygeophør.

En forebyggelsespolitik som den danske, der i årevis har bygget på oplysning, slår forholdsvis langsomt igennem. Kombineres politikken med andre tiltag – f.eks. lovgivning mod passiv rygning – bliver effekten større. Føjes økonomiske virkemidler til, opnås der yderligere effekt. Det ses også, at indførelsen af en samlet politik på området formentlig virker bedre end en gradvis introduktion af de forskellige strategier. En flerstrengt indsats på kollektivt niveau er derfor at foretrække. Og dette er formentlig baggrunden for de skuffende resultater fra de store hjerte-kar-interventionsstudier. Interventionen har været for spredt og svag til, at man med rimelighed kan forvente nogen synderlig effekt på sygeligheden.

Diskussion

Valget mellem den individrettede og den kollektive forebyggelse må foretages ud fra en konkret vurdering. Den individrettede intervention forudsætter, at man rent faktisk kan screene befolkningen og er i stand til at forebygge yderligere

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

udvikling i risiko eller sygdom. Den kollektive forebyggelse forudsætter kendskab til risikofaktorer og til metoder, hvorpå man kan påvirke disse faktoreres fordeling i befolkningen. På brystkræftområdet kan vi gennemføre en højrisikointervention, men det er ikke muligt at lave masseintervention. På lungecancerområdet forekommer masseintervention mest hensigtsmæssigt, fordi vi kender risikofaktoren og kan gøre noget ved dens fordeling i befolkningen, hvorimod der ikke er meget potentiale i at screene for lungekræft, da vi ikke kan behandle den med særlig stor effekt, selv om den bliver opdaget tidligt.

Erfaringerne med forebyggelse af pludselig uventet spædbørnsdød i 1990'erne er lærerige. I betragtning af at forekomsten af disse dødsfald typisk var på 1-2‰ af alle nyfødte, kunne det synes oplagt at vælge en højrisikostrategi, dvs. screene alle nyfødte og intervenere over for børn med høj risiko. Problemet var, at man ikke kendte til risikofaktorer hos børnene, og at man derfor ikke kunne screene. Løsningen på problemet blev masseintervention i form af oplysning om sovestilling til alle forældre, og dødeligheden blev reduceret med mere end 80% i løbet af en meget kort periode [10].

Der er således ingen strategi, der a priori er at foretrække. Valg af strategi må bero på en konkret afvejning af fordele og ulemper. Givet er det dog, at en prioritering til fordel for den individuelle intervention på kort sigt kan – afhængigt af sygdommen – give gevinst i form af nedsat dødelighed, højere livskvalitet og formentlig nedsat brug af sundhedsvæsenstjenester. Da interventionen ikke forholder sig radikalt til forekomsten af risikofaktorerne, bliver der imidlertid tale om sisyfosarbejde. Der vil hele tiden blive nye højrisikopersoner. Den individrettede forebyggelse må derfor hele tiden udvikles parallelt med den kollektive forebyggelse. En indsats for at undgå rygning blandt unge vil først slå igennem i dødeligheden om 20-40 år, hvorimod en indsats blandt rygende hjertepatienter vil nedsætte deres dødelighed markant inden for det nærmeste år.

Ulemperne ved den kollektive forebyggelse er også til at få øje på. Den drejer sig om at ændre etablerede sociale normer og adfærdsmønstre. Den antaster økonomiske særinteresser som tobaks-, fødevarer-, drikkevarer- og reklameindustrien. Den kollektive forebyggelse er derfor af natur kontroversiel, og dens gennemførelse vil hele tiden være underkastet politiske, økonomiske og administrative prioriteringer fra Folketinget helt ud til hver enkelt skole, arbejdsplads eller kommune. Den kan derfor kun gennemføres, hvis den hviler på en bred folkelig forståelse, videnskabelig indsigt og sundhedspolitisk vision og engagement.

Litteratur

1. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
2. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic diseases. *BMJ* 2000;320:526-7.
3. Molyneux A. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004;328:454-6.
4. Zwisler AD, Schou L, Sørensen LV, eds. Hjerterehabilitering – rationale, arbejds metode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. København: H:S Bispebjerg Hospital, 2003.
5. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, Board on Health Promotion and Disease Prevention. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academies Press, 2003.
6. Brønnum-Hansen H. Prognosemodeller: effekt af risikofaktorintervention. *Ugeskr Læger* 2004;166:1540-2.
7. Thorsen T. Hundrede års alkoholmisbrug. København: Sundhedsstyrelsen, 1990.
8. Statens beredning for utvärdering av medicinsk metodik. Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 134. Stockholm: Statens Beredning för utvärdering av medicinsk metodik, 1997.
9. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use. A report of the Surgeon General. Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2003.
10. Iversen L. Forebyggelse og sundhedsfremme. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE et al, eds. Medicinsk sociologi. København: Munksgaard, 2002, 275-301.

Korrespondance: Lars Iversen, Psykiatri- og Sundhedsområdet, Ribe Amt, Sorsigvej 35, DK-6760 Ribe.

Antaget: 11. marts 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet