

Folkhälsoarbete är att påverka utan att åverka

Av den senaste folkhälsorapporten framgår att vår hälsa – vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller egenrapporterad hälsa – blir allt bättre. Trots att medellivslängden ökat, främst på grund av den markanta nedgången i hjärt-kärl dödligheten, är hälsa fortfarande socialt ojämnt fördelat. Orealistiska förväntningar är dock preventionens huvudfiende, en fiende som bara kan mötas med bättre kunskap.

Strategier för befolkningsintervention från epidemiologisk utgångspunkt diskuteras. I efterföljande artikel sammanfattas resultaten efter tio års folkhälsoarbete i Norsjöprojektet.

Den senaste svenska folkhälsorapporten konstaterar att hälsan – vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller egenrapporterad hälsa – blir allt bättre [1]. Inte minst har en ökning av medellivslängden skett under 1990-talet: 1,6 år för män och 1,0 år för kvinnor, vilken beror främst på en markant nedgång i hjärt-kärl dödligheten.

De år vi lagt till livet verkar dock inte entydigt vara vare sig friska eller sjuka år. För första gången gör man nu ett försök att uppskatta vad hälso- och sjukvården betytt för folkhälsan: fler levnadsår, ökad livskvalitet och bättre funktionsförmåga, särskilt för de äldre.

Den sociala ojämligheten i hälsa verkar dock ha blivit endemisk, nu dokumenterad i den fjärde folkhälsorapport-

ten i rad. Den sociala stratifieringen skapas, menar man, genom en ansamling av riskfaktorer under livet och hos utsatta grupper. Att påverka hälsan innebär därmed med nödvändighet fokus på den sociala situationen snarare än på den enskilda riskfaktorn. Sambandet med hjärt-kärlsjukdom är dokumenterat för högt blodtryck, rökning, höga blodfetter, diabetes, fysisk inaktivitet, svagt socialt nätverk och låg utbildning, men hur man intervenerar mot den sociala miljön eller stärker de sociala nätverken, det vet vi mindre om. Och endast en mindre del av nedgången i dödligheten kan förklaras av en minskning av de kända riskfaktorerna [2].

En genomgång av Medline-biblioteket för perioden 1990–1997 ger ett svar: Av 150 000 artiklar med »prevention» som nyckelord var endast 8 000 befolkningsinriktade. Social ojämlighet i hälsa togs upp av 847 referenser, men i bara 24 fall handlade det om befolkningsinriktade interventionsstudier – den sociala dimensionen har sällan funnits med på preventionens agenda [3].

Program i olika generationer

Påverkan är *primärpreventiv* när man vill reducera sjukdomsburden i hela befolkningen dels genom att flytta hela riskfaktorfördelningen. Det kan handla om att förebygga sjukdom eller att förhindra återfall. Vid *sekundärprevention* vill man genom t ex screening upptäcka tidiga sjukdomstecken. Medan primärprevention kan rikta sig mot enskilda eller grupper av individer är sekundärpreventionen alltid individinriktad.

Förebyggande av sjukdom genom behandling av riskutsatta individer kallas högriskstrategi, ett syfte som den delar med sjukvården. Den preventiva paradoxen, dvs att de flesta som insjuknar inte visar sig vara högriskindivider, brukar anföras som argument för en populationsstrategi. Denna bygger alltså på föreställningen dels att det gäller att involvera också dem som förväntas ha minst att vinna, dels att många deltar till nytta för relativt sett få. Detta skapar en konflikt mellan strategier och ställer frågan huruvida solidaritet hör till det förebyggande arbetet och huruvida pre-



SERIE

Folkhälsa

vention kan riktas mot vissa grupper utan att stigmatisera.

Det kardiovaskulära området med sin epidemiologiska tradition och betydelse för folkhälsan i västvärlden under efterkrigstiden har varit huvudscenen för primärprevention.

Dessa program har indelats i fyra olika generationer [2]:

- en *klinisk*, där man sökte angripa en riskfaktor i taget och utvärdera effekterna enligt en randomiserad kontrollerad design;
- en *bioepidemiologisk*, där man sökte påverka flera riskfaktorer hos högriskindivider genom att främja livsstilsförändringar, och med utvärdering i en kvasiexperimentell design;
- en *socioepidemiologisk*, befolkningsbaserad, ofta småskalig och aktionsinriktad med fokus på förändringsprocessen och utvärdering av intermediära snarare än hårda utfallsmått som mortalitet;
- en *miljö- och policyinriktad* för att skapa och stödja en hållbar hälsoutveckling genom t ex lagstiftning och skattepolitik.

Medan dessa generationer speglar förändringar i både sjukdomsbegreppet och synen på folkhälsoarbetets uppgift har ännu inte motsvarande utveckling skett vad gäller utvärderingsmetodik.

Att värdera påverkan

Oavsett värdet av en intervention, medicinsk teknologi eller behandlingsmetod beror dess praktiska nytta på dess spridning och acceptans. Denna process är ofta informell och ibland vetenskapligt rigid. Historiskt kan vi bara erinra oss hur lång tid det tog för John Snows epidemiologiska fynd vad gäller sambandet mellan kolera och infekterat vatten att accepteras, och att det tog 264 år innan man förstod C-vitaminets förmåga att förebygga skörbjugg. Idag bevitnar vi en process mot tobaksindustrin för att få den att inse att den mark-

Författare

STIG WALL

professor, institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap, Umeå universitet

LARS WEINEHALL

distriktsläkare, samhällsmedicin, länsutvecklingsenheten, Västerbotens läns landsting, Umeå.

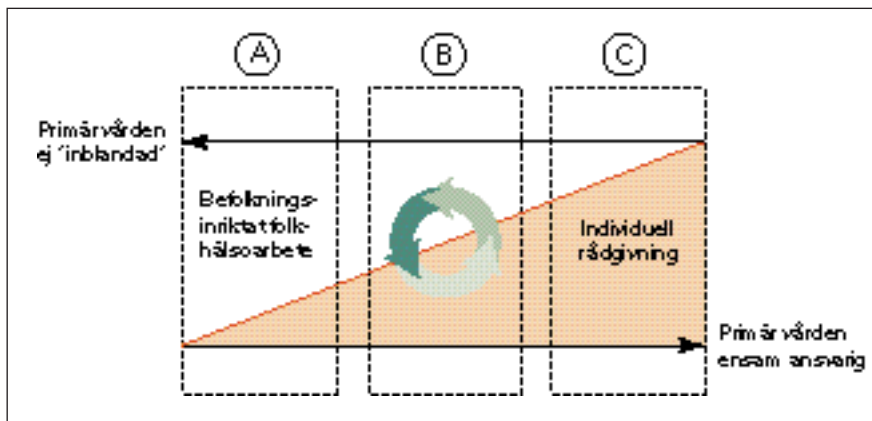
nadsför en epidemiologiskt unik produkt som orsakar ett helt spektrum av sjukdomar.

Då det gäller preventiva program som riktar sig till hela befolkningen kan man fråga sig om kraven på nytta skall vara större här än de som ställs på direkta behandlingsmetoder, eftersom de förra riktar sig till friska och ofta symptomfria personer. Hur skall nytta balanseras mot eventuell skada och vems kriterier skall gälla? Man skall också kunna särskilja preventiva åtgärders effekter från den sekulära trenden, resultatet av en mängd pågående naturliga interventioner [2].

Ett program initierat på grund av en observerad »överdödlighet» bedöms ofta utifrån överdödlighetens effektmått, trots att preventionsinsatserna pågår kortare tid än sjukdomens naturliförlopp. Data som är otvetydiga (exempelvis dödlighet), som kan bevaras för upprepade analyser (blodceller, vävnader, röntgenbilder etc) och som kan insamlas med objektiva metoder (som teknisk apparatur) föredras ofta. Den avgörande delen av sjukvården är inriktad på symptomatisk behandling, förbättrad mental hälsa, fysisk rehabilitering samt lindring av smärta och obehag, ofta sammanfattat i begreppet livskvalitet. Funktionsduglighet, symptom och upplevda hälsoproblem har därför särskild relevans vid utvärdering av preventiva program.

Interventioner kan till sin form vara allt från väldefinierade behandlingsdoser till breda samhällsinterventioner. De kan initieras av forskarna i sina laboratorier eller i befolkningen, av politiker i samhället eller helt enkelt av naturen. De kan riktas mot individer eller samhällen och vara kontrollerade eller okontrollerade. Utvärderingen kan bygga på randomiserade jämförelser, interna och externa jämförelser eller observationsstudier. Det kliniska försöket är därmed den yttersta extremen till beskrivningen av en oförutsägbar katastrof. Medan det medicinska forskarsamhället är satt att värdera sina metoder i det kontrollerade försökets form kan detta inte vara normen vid värdering vare sig av befolkningsinterventioner eller av konsekvenserna av miljöförändringar eller struktur- och socialpolitiska åtgärder. För dessa syften måste vi vara förberedda och ha tillgång till relevanta data.

Epidemiologin studerar hälsoproblem identifierade vid sjuksängen, i befolkningen eller på politisk nivå i samhället. Folkhälsoarbetaren intervenerar, men skall också omsätta sina fynd i politisk vilja. Utmaningen för 2000-talets epidemiologer har sagts vara att utveckla teorier som ser sjukdomsorsaker inte bara som egenskaper hos individen utan



Figur 1. Schematisk bild över alternativa interventionsmetoder.

som komplexa system och strukturer. Epidemiologin måste fylla gapet inte bara till virus, molekyler och gener utan också till socialt beteende, politiska strukturer och ekonomiska krafter. Först då kan vi förstå och effektivt förebygga sjukdom [4].

Vems värderingar skall avgöra?

Är då de etiska riktlinjer som gäller för medicinsk verksamhet – dvs autonomi, omsorg och rättvisa – också giltiga för folkhälsoarbetet? Med vilken rätt anser vi oss kunna påverka människors hälsa? Var går gränsen mellan individens frihet och vårt sociala ansvar? Är det etiskt försvarbart att inte söka påverka förhållanden som vi vet går att åtgärda? Hur värderar vi ett programs effektivitet mot dess förmåga att påverka ojämlikheten? Vems värdepremisser avgör valet av strategi?

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, ger i sin genomgång av hjärt-kärlprogram exempel på etiska utmaningar där principerna ovan kommer i konflikt med varandra, och efterlyser en etisk plattform för folkhälsoarbetet [2].

Den praktiska preventionen måste använda metoder som skapar likvärdiga förutsättningar att dra nytta av insatsen. Hur ser balansräkningen ut mellan ett programs totala effekter och dess fördelningseffekter? Det finns också en etisk konflikt inbyggd i valet mellan individ- och befolkningsstrategi. Man kan »inte begära en hel grupps samtycke, men inte heller åberopa att gruppen inte vet sitt eget bästa».

Strukturell intervention kan bli paternalistisk, begränsa autonomi för vissa på grund av omsorg om andra. Det faktum att även riskerna med passiv rökning börjar erkännas löser rökförbudet från det etiska dilemmat. I andra fall är konflikten uppenbar: Kostråd om minskat fettintag baserade på riskfaktorer för medelålders män har anammats av unga växande flickor; trafikskadekampanjer eller HIV/aids-förebyggan-

de program riskerar att stigmatisera grupper som redan har drabbats [2].

Att inbjuda till förebyggande hälsoundersökning kan medikalisera, skapa oro och minska livskvaliteten. Vid läkarbesök har läkaren skyldighet att göra så gott han kan, men han är inte ansvarig för den medicinska vetenskapens tillkortakommanden. I förebyggande arbete – då friska eller symptomfria individer inbjuds – är det läkarens ansvar att i förväg söka vetenskapliga belägg för att förändringar i de riskfaktorer som screeningen fokuseras på också kan påverka den aktuella sjukdomens förlopp inom den aktuella målgruppen. Det ställs därför andra krav på preventivt arbete än på kurativa åtgärder.

Frågan är också om det finns anledning att ha samma utgångspunkter vid den etiska bedömningen av en läkarmottagnings isolerade screeningaktivitet som när hälsoundersökningar och rådgivningssamtal genomförs inom ramen för ett befolkningsinriktat program med stark förankring i den »utsatta» befolkningen. Det fria val som en befolkningsintervention bygger på kan också komma i konflikt med rättviseprincipen, eftersom framför allt välutbildade personer har resurser att ta till sig ett förebyggande budskap. Resultaten kan då bli vidgade hälsoklyftor.

Vilka metoder, vilken typ av intervention och vilka aktörer kan nå ut brett till alla grupper och därmed motverka risken för ökande hälsoklyftor?

Modellerna olika

Den grundläggande idén med ett förebyggande program är att åstadkomma en varaktig minskning av riskfaktorbelastningen. Jämfört med t ex farmakologisk påverkan är befolkningsprogram lågintensiva. De måste därför vara hållbara över tid. Lokala strukturer kan möjliggöra detta och primärvården ge den kontinuitet som en projektorganisation av forskare sällan kan.

I det spektrum av olika hjärt-kärlpreventiva modeller som Figur 1 illu-

ANNONS

ANNONS

strerar representerar de kända amerikanska hälsoprojekten i Kalifornien, Minnesota och Rhode Island närmast A-alternativet, eftersom hälso- och sjukvårdens roll i dessa program varit blygsam. Efter det att programmen redovisat sina »magra» resultat har man frågat sig om resultaten kunnat bli anorlunda om programmen genomförts med aktivt stöd av den ordinarie hälso- och sjukvården [5, 6].

C-alternativet representerar närmast den typ av studie som redovisats från allmänläkarmottagningar i England, exempelvis OXCHECK [7] och Family Heart Study [8], där man med screening och individuell rådgivning sökt modifiera riskfaktormönstret. I det korta perspektivet har det varit möjligt att påverka vissa riskfaktorer. Samtidigt uttrycks i de engelska utvärderingarna oro för det tunga arbete för allmänläkarmottagningen som det individuella konceptet representerar.

Norsjöarbetet [9], liksom de primärpreventiva projekten i bl a Habo [10], Olofström [11], Strömstad [12], Sollen-tuna [13] och Rissa [14], representerar olika varianter av alternativ B. Här har befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser och en primärvårdsbaserad individuell rådgivning kompletterat och sannolikt förstärkt varandra. Hälsoundersökningar har gett legitimitet åt de hälsofrämjande komponenterna samtidigt som ett ökande intresse för hälsofrågor i lokalsamhället kan ha ökat motivationen hos den enskilde att anamma de råd och erfarenheter som läkare, dietistssköterskor och dietister förmedlat.

Vilka effekter kan vi då avläsa i folkhälsa efter tio år i den typ av program som Norsjömodellen representerar? I efterföljande artikel sammanfattar vi resultaten vad gäller de observerade riskfaktorförändringarna och diskuterar vilka effekter på hjärt-kärl dödligheten som kan förutsägas utifrån detta. Vi visar också på förändringar i olika sociala skikt och diskuterar vilken roll primärvården kan ges i det förebyggande arbetet.

Orealistiska förväntningar är preventionens huvudfiende. Den kan bara mötas med bättre kunskap. Här några förutsättningar för att åstadkomma en etisk och hälsopolitisk plattform för framtidens folkhälsoarbete:

Utveckla den ekologiska analysen. För att bättre förstå folkhälsans förändring bör vi röra oss både uppåt och neråt från riskfaktornivå och utveckla metodiken för att integrera ekologiska och individuella data. Vi behöver en kunskapsbaserad hälsopolitik, vilket bl a innebär att vi måste ha beredskap att följa och analysera hälsokonsekvenserna av välfärds politikens många interventioner.

Analysera folkhälsoarbetets nytta, skada och etik. Preventionen kan inte undantas från kravet på kunskapsbaserad nytta i balans med potentiell skada. Folkhälsoarbetet behöver också tydliggöra sin etiska plattform. Är jämlik hälsa överordnad bättre hälsa? Kan sociala skillnader i hälsa motverkas i lokala interventioner, och vilken roll skall primärvården spela i det tvärsektoriella arbetet?

Beakta kommunikationen mellan folkhälsovetenskapens producenter och dess konsumenter. När komplicerade sammanhang förenklas och vetenskapliga konflikter togförs påverkas folkhälsoarbetets förtroendekapital. Vilken roll spelar massmediernas folkhälso-rapportering?

Studera det systematiska arbetssättets betydelse. Erfarenheterna från screening avseende cervixcancer i de nordiska länderna [15] tyder på att vården i Danmark, som tillämpat spontan »passa på-screening», varit mindre framgångsrik – mätt i cancerincidens – än exempelvis vården på Island, där man systematiskt inbjudit till cervix-screening vartannat år.

Är systematik ett grundläggande framgångskriterium i preventivt arbete? Kan det systematiska arbetssättet vara en av förklaringarna till att barnhälsovården i vårt land varit så framgångsrik?

Utveckla utvärderingsmetodik. Hur mäter vi effekter av och processer inom förebyggande program? Vilka mått är relevanta för olika aktörer, och vems normer skall gälla? Är upplevd god hälsa ett bra mått på framgång? Hur kan kvalitativa metoder användas för att bättre förstå folkhälsoarbetets påverkanprocesser?

Genom att se folkhälsoarbete som en tvärsektoriell social process snarare än som en kampanj »uppifrån» kan hälsans sociala landskap också påverkas. Det ligger en epidemiologisk potential i preventionen och i ett närmande till folkhälsans praktik.

Referenser

1. Folkhälsorapport 1997, SoS-rapport 1997:18. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
2. Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturstudie. SBU-rapport 134. Stockholm: SBU, 1997.
3. Wall S, Weinehall L. Mediating health policy to the community – the role of epidemiology and health care in prevention. In: Inequality in health – a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 1998.
4. Susser M. Epidemiology today: A thought-tormented world. Int J Epidemiol 1989; 18: 481-8.
5. Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL. Realistic outcomes: Lessons from community-based research and dem-

onstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. Public Health Policy 1993; 14: 438-62.

6. Stone EJ, Pearson TA, Fortmann SP, McKinlay JB. Community based trials: Challenges and directions for public health practice, policy, and research. Ann Epidemiol 1997; 7 (suppl 7): S113-20.
7. OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary health care: final results of the OXCHECK Study. BMJ 1995; 310: 1105-9.
8. Family Heart Health Study Group. Randomised controlled study evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of the British Family Heart Study. BMJ 1994; 308: 313-20.
9. Weinehall L. Partnership for health. On the role of primary health care in a community intervention programme [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap, 1997.
10. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, Bengtsson C. Results from an intervention programme dealing with cardiovascular risk factors. Experiences from a study of men aged 33–42 in Habo, Sweden. Scand J Prim Health Care 1996; 14: 184-92.
11. Isaksson Å, Lindholm LH, Scherstén B, Eklund E, Björkman S, Järhult B et al. Community intervention against non-insulin-dependent diabetes (NIDDM) and cardiovascular disease. A study based on Swedish health care. J Cardiovasc Risk 1996; 6: 164-71.
12. Björkelund C, Bengtsson C. Feasibility of a primary health care programme aiming at reducing cardiovascular and cerebrovascular risk factors among women in a Swedish community, Strömstad. Scand J Prim Health Care 1991; 9: 89-95.
13. Hellénus ML. Prevention of cardiovascular disease. Studies on the role of diet and exercise in the prevention of cardiovascular disease among middle aged men [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1995.
14. Seim A, Myran AH, Graff-Iversen S. Prevention of cardiovascular diseases in Rissa. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2078-80.
15. Steineck G. Förebyggande av cancer i liv-moderhalsen. I: Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. SBU-rapport nr 132. Stockholm: SBU, 1997.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

Summary

The task of community intervention is improvement without impairment

Stig Wall, Lars Weinehall

Läkartidningen 1998; 95: 3807-11

Strategies for community intervention, their evaluation and social patterning are discussed in the article. Theories and methods are called for to enable better assessment of social inequalities in health outcome variables and processes in public health endeavours. With this is a starting point some methodological and ethical issues relating to preventive programmes and their evaluation are identified.

Correspondence: Professor Stig Wall, Dept of Epidemiology and Public Health Sciences, Umeå universitet, S-901 85 Umeå.