

Prevention – bländverk eller framtidshopp?

Preventionsprocessens långsamt, rundgång av kunskap och resultat samt människans bristande altruism är några av preventionens svagheter, menar Erik Allander.

Står dagens primärprevention inför ett långsiktigt misslyckande? Flera ägnar sig seriöst och skickligt åt många delar av prevention; EU, DIKE (danska epidemiologiska institutet) i Danmark, Folkhälsoinstitutet i Sverige, Institutionen för folkhälsovetenskap och epidemiologi i Umeå är exempel. Utgångspunkten för denna analys är en under många år tilltagande tveksamhet till värdet och hållbarheten av de resultat som dagens primärprevention åstadkommit, trots stora resurser för till och med skenbart lösbara problem [1]. Den primära preventionens kärna är en selektiv, stegvis retardation eller utsläckning av olika sjukdomsprekursorer [2]. Prevention är i grunden tillämpad. Kunskap utan handling är inte prevention.

Detta är en bearbetning av en längre artikel för Socialmedicinsk tidskrift [3] som avser belysa omprövning och nytänkande.

Vid mitten av 1800-talet kunde preventionen ha korta vägar från iakttagelser till handling. Det geografiska området var ofta litet, vektorn var enkel – vatten, bakterier, funna, nya och snälla, virus förutsedda och effekterna i början stora [4]. Folkhälsokampanjer [5] är ofta uppbyggda på beteendemodifiering. Resultat av prevention innebär frånvaro av någonting, där vi trots allt – eller kanske just därför – arbetar med antagna konventionella kausala mekanismer. För prevention är det utomordentligt viktigt att skilja på *tidiga* och *små* tecken inom den patologiska och sociala processen. Miljömedicinen befinner sig i liknande läge, också med många kartläggningar, och en initialt

positiv utveckling. Psykiska sjukdomar är knappast ens inne i primärpreventionsfasen. Men kan smittkoppssegern upprepas när fokus förskjuts till de långvariga sjukdomarna [2, 6]?

En SBU-rapport [7] om ett tjugotal befolkningsinriktade, sekundär förebyggande projekt mot sjukdomar i hjärta och kärl är tveksam till slutsatserna av projekten och vill inte starta nya projekt. En färsk stor SBU-rapport om metoder för rökavvänjning [28] pekar på flera möjligheter, också kostnadseffektiva, men dessutom på 60–90 procent återfall.

Jag har försöksvis delat in preventionens svagheter i tre områden som griper in i varandra och behandlar den här under rubrikerna tiden, människans roll samt resultat, resurser och framtid.

Tiden

Tiden, både den verkliga och hur den uppfattas, kommer att vara ett nyckelbegrepp. Det finns här mycket långa tidsförlopp, 100–1 000 år och längre, som rör evolutionen. Evolutionärt tänkande är allt starkare etablerat i det vetenskapliga samhället. Människan är ensam om att känna till att en framtid finns. Vissa tidsdelar bestämmer människan över. Tiden det tar att göra en upptäckt och få den etablerad är en sådan. Valideringen är en mänsklig kompetitiv process. Vi har en implementeringstid, en arbetstid, en resultatid samt inte minst en postresultattid. Vad skall göras när en långvarig sjukdom har förebyggts?

I preventionen finns en mycket stor del av optimism, en förändring till det bättre, men grundad på heterogena tidsperspektiv. Huvudproblemet är preventionens genuina, sällan penetrerade långsamt i jämförelse med de vetenskapliga framstegens ökande hastighet [2].

Vetenskapen producerar alltså allt fler, möjligheter för prevention. Men folkhälsovetenskapen har mer kommit att utvecklas som alibi, och inte som verktyg. Den sociala delen som är en helt oavvislig del av preventionen kommer att närma sig punkter som frihet, tvång, liv, död, eutanasi och vård.

Vetenskapen kräver alltmer tid i alla

DEBATT

”Vetenskapen producerar alltså allt fler möjligheter för prevention. Men folkhälsovetenskapen har mer kommit att utvecklas som alibi, och inte som verktyg.”

sina faser av prevention, men politikererna och politiken allt mindre. Den mänskliga tiden kommer att bli alltmer komplicerad och utdragen, inte minst genom den multipla prioriteringen. Det har också skrivits om vetenskapens makt och samtidigt vanmakt.

Vi har två huvudtyper av genetiska inflytanden, båda potentiellt resulterande i beteendeförändring. En yttre njutningsinriktad (sex, alkohol, droger, mat etc) samt en inre, som kommer från kartläggningen av det mänskliga genomet – med rika tillämpningar.

Kännedom om det genetiska underlaget för alkoholism, hypertoni, diabetes och fetma ökar med närmast ofattbar hastighet, vilket leder till såväl förändringar som möjligheter och begränsningar.

Den demografiska/epidemiologiska transitionen, nu med cirka 100–150 års överblickbarhet [8], ökar antalet svårpåverkade tillstånd samtidigt som människans livslängd närmar sig det optimala, cirka 90 år. Världens befolkning uppskattas av FN år 2150 vara 3,6–27,0 miljarder beroende på små svängningar i fertiliteten, med ett mellanläge på 10,8 miljarder som är stationärt 2050–2150.

Den biologiska begränsningen i det mänskliga – och animala – livet är välkänd, men beaktas inte tillräckligt i prevention, som nog inte finns bland djuren. En fullständig prevention av till exempel osteoporos tar i idealiska fall uppåt 100 år [9].

Människans roll

Preventionens ordinära vardagliga vetenskapliga arbete är, kanske mer än de flesta områden, föremål för en bety-

Författare

ERIK ALLANDER

med dr, professor emeritus i socialmedicin, Huddinge sjukhus.

dande rundgång av kunskap och resultat.

Den alltmer ökande datainsamlingen och – rekommenderade – registerhållningen ger grunden för de redan färdiga lösningarnas extenderande problemterror, till exempel vad gäller tobak [2]. Prevention/folkhälsa är till sin grund icke-innovativ. Metoder, massor av metoder, är redan upptäckta, konstruerade eller kombinerade. Deras brister i resultat uppfattas som beroende av mänskligt handlande, och därför – men på orätta grunder – övervinnbara genom rationell samverkan [10].

Värderingsförändringar – biologiska, psykologiska och sociala – betyder, i synnerhet på lång sikt, mycket för vårt handlande och våra prioriteringar, särskilt inom preventionen. Det gäller både utsläckande och framkallande av liv med hänsyn till sjukdomar. Kommer framtid i hälsa att ges ett lägre värde än sjukdomsbot nu? Ökande kunskaper om språket, och glömskan, och de stora språkskillnaderna mellan socialgrupper kommer att ha en nyckelroll.

Det har av många [11] kunnat visas att det hereditära inflytandet över intelligensen är påfallande högt, en genuin omständighet mot jämlikhet.

De 18 årens forskning om cancer hos barn har producerat »Considerable paranoia, but little insight and prevention» [12]. Detta är en generell slutsats snarare än speciell. I en aktuell rapport [29] konstateras att cancer fortsätter att bli vanligare, vilket ofta förnekas i den allmänna diskussionen. I USA var den åldersstandardiserade dödligheten i cancer 6 procent högre 1994 än 1970. Den höjning hos äldre (>55 år) som var fortgående kompenseras alltså inte av minskningen i cancerdödlighet hos yngre (<55 år). Framgångarna för barncancer var kvantitativt obetydliga. Författarna säger att »Despite numerous past claims that success was just round the corner, mortality due to cancer continued to increase ...».

Den lilla minskningen hos män de allra senaste åren är troligen relaterad till minskningen av rökning. Hos 39 procent av männen och 23 procent av kvinnorna i Danmark ansågs cancer kunna förebyggas via miljö och livsstilsfaktorer [14]. Liknande tankar har framförts av Westerling (»avoidable death») [15].

Människan upptäcker mer än hon botar.

Resultat, resurser och framtid

Möjligheterna för prevention är generella och ökar. Befolkningarna i USA, Sverige, och även i andra länder,

blir fetare. Den amerikaniserade ungdomskulturen i Öst- och Sydostasien [16] har också en multipelt ansvars-transfererande del, det vill säga man tror att andra än man själv har större möjligheter att utföra preventionsarbete.

Ett stort och ökande problem är den ökande resistensutvecklingen [6, 17]. Trots vaccinationsmodellens ideal verkar den på 10–50 års sikt, svårigheter som dessutom accelererar [18]. Det gäller till exempel för HIV, aids, malaria och tbc.

Forskningen om upplevda risker för sjukdomar visar en i stora stycken irrationell riskperception, som rör balansen mellan njutningsmoment och hälsovinst. Bot för en sjukdom framkallar också en annan, så kallad preventionskonkurrens. Feta har till exempel mindre frakturrisik, men mer hjärt-kärlsjukdom.

Förtjänster genom att förebygga sjukdomar har beräknats för reumatism, hjärtinfarkt och fetma [19], men dessa vinster är knappast reekonomiskt transfererbara eller åtkomliga.

Det finns två huvudvägar att genomföra prevention för många: att informera/övertala eller att tvinga grupper och enskilda att göra eller låta bli att göra vissa saker, en del av demokratiprocesen. Den effektiva preventionen kommer emellertid att sätta delar av demokratiprocesen ur spel. Uteliggare är priset för framgång i prevention och behandling. De har främst genom sin resistens mot den redan i sig svaga beteendeterapi blivit offret för de svårigheter preventionen står inför genom sin bristande effekt, ännu mera markant hos uteliggare. Diderichsen har nyligen [20] gjort ett försök att analysera sig fram till orsakerna för allmänpreventionens bekymmer.

En travestering lyder »all men are born unequal». Det kanske tvärtom är så att ojämlikheten – även i möjligheter – skall vara en strävan när det gäller prevention av de kroniska sjukdomarna och dess framsteg [5]. Människan har inte något altruistiskt intresse av att skydda andra med prevention. Man fann nyligen att endast 8 000 av 150 000 av Medlines preventionsartiklar var befolkningsinriktade [21, 22].

Prevention är ett i grunden politiskt handlande. Vetenskapens höga status, som utstrålar rationalism och objektivitet, fortsätter växa och med en närmast explosiv kraft. Men tillämpningen kommer att leva sitt eget undanskymda liv. Preventionen är ständigt reviröverskridande, men förlångsammande. Samarbete är också revir, som inte bara innehåller vinster utan också förluster i tid och kvalitet – undertryckta, ofullständigt rapporterade.

Men i Sveriges Läkareförbunds programblad »Läkare i folkhälsoarbetet» [23] påpekar 87 procent av läkarkåren att det är viktigt att påverka livsstilen, men 61 procent registrerar den individuella oförmågan att ändra den.

Centralt i preventionens slutsteg är lustupplevelsen – dess framkallande, närvaro eller uppskjutande. Lust är nu! Livskvalitet nu är ännu ofta irrationellt för preventologen, men rationellt för preventionsobjektet, den enskilda människan.

Hälsoeffekterna får man inte själv skörda, inte ens märka!

Den evolutionära kollektiva tiden kan ställas mot den individuella njutningstiden, det vill säga den tid som man vill, och kan, leva i någon form av ökad njutning, till exempel sex, mat, vila, droger. Minskad njutningstid är det pris man får betala för prevention baserad på beteendeförändring [24, 25], men tvekan om dess meningsfullhet ökar.

En generell teori behövs

De inneboende motsättningarna mellan de olika delarna av prevention måste göras klarare. Preventionen har en väsensskild och annorlunda struktur jämfört med sekundär prevention och behandling. En generell teori om prevention behövs. Den nuvarande preventionsforskningen har sin motsvarighet i andra delar av offentlig forskningspolitik, villkorad frihet för det repetitiva, men reduktion av det fria tänkandet.

Den starka övertron på mer information, redan i det närmaste oerhörd, är ännu lösningen [26]. WHO har här en viktig roll. Den långsamhet och de recidiv som förhärskar poängteras i WHO's »World health report, 1998», men också nödvändigheten av optimism. Ett viktigt första steg är att kvantifiera på flera material den reella tidsåtgången för de olika stegen enskilt och i kombination.

Susser [27] varnar för att fortsätta som nu, med tonvikt på beteendemodifiering och frihet. Preventionen är vägen till bättre hälsa, men hur skall den fortsätta?

Referenser

1. Allander E. Folkhälsoråd bör ges generöst. Alltför högt ställda krav på det vetenskapliga underlaget kan hämma preventionsarbetet. Läkartidningen 1998; 95: 3818.
2. Allander E, Lindahl BIB. Why is prevention so difficult and slow? Scand J Soc Med 1997; 25: 145-8.
3. Allander E. Prevention. Frågor i en återvändsgränd. Socialmedicinsk tidskrift. Under publ.
4. Urkunder om läkekonst i urval och med

- kommentarer av Knut Haeger. Stockholm: Almqvists och Wiksells förlag, 1975.
6. The microbial plague continues [editorial]. *Nature Medicine* 1997; 3: 1.
 7. Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. Stockholm: SBU, 1997. SBU-rapport nr 132, 1997.
 10. Diamond J. Why is sex fun? The evolution of human sexuality. Phoenix: Weidenfelt & Nichols, 1998.
 12. Campion EW. Power lines, cancer, and fear. *N Engl J Med* 1997; 337: 44-6.
 13. The World Health Report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. Geneva: WHO, 1998.
 17. Gore A. Emerging infectious threaten national and global security. *American Society for Microbiology News* 1996; 62: 448-9.
 21. Weinehall L, Janlert U, Asplund K, Wall S. Folkhälsoarbetet behöver nya utvärderingsmodeller. Primärvårdsstödda program när djupare än storskaliga kampanjer. *Läkartidningen* 1998; 95: 3812-6.
 23. Sveriges läkarförbund. Läkare i folkhälsoarbetet. Ett preventionspolitiskt program från Sveriges läkarförbund. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1996.
 28. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: SBU, 1998. SBU-rapport nr 138, 1998.
 29. Bailar III JC, Gornik HL. Cancer undefeated. *New Engl J Med* 1997; 336: 1569-74.

Med DAL:en säkrar vi diabetesvården

Införandet av diabetesansvarig läkare (DAL) i primärvården skulle innebära en viktig förstärkning för att säkra diabetesvårdens utveckling. Detta har framhållits av landets diabetologer, och en sådan arbetsmodell tillämpas också sedan 20 år vid vårdcentralen i Kisa, varifrån vissa erfarenheter redovisas i denna artikel.

Stig Attvall och Peter Nilsson inbjuder i *Läkartidningen* 49/98 specialister i allmänmedicin till debatt om resultaten av UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Med facit i handen att god diabetesvård lönar sig för såväl patient som vårdgivare brådskar det att se över vår egen organisation för diabetesvård.

Ett väl fungerande diabetesteam i primärvården skapar förutsättningar för att uppnå just den minskning av sjukdomrelaterade komplikationer som presenterades i UKPDS. En förutsättning för att kunna visa detta inom hela landet är att primärvården ansluter sig till det nationella diabetesregistret. Därmed skapas förutsättningar för att sätta resultatet i relation till vårdorganisationens uppbyggnad, resurser och arbetsätt.

En administrativ nyckelperson

Chefsöverläkarna på landets vårdcentraler kan i tider av nedskärningar och pressad personalsituation inte förväntas hinna med att ge diabetesvården den prioritet som den borde ha i ljuset av UKPDS. Svensk förening för diabetologi höstmöte i Karlstad 1997, »Samverkan över gränser primärvård och sjukhusvård», ställde sig bakom införandet av diabetesansvarig läkare (DAL).

DAL skall utses av verksamhetschefen och vara nyckelpersonen för att säkra diabetesvårdens utveckling. Självklart kan chefsöverläkaren och DAL vara en och samma person när intresset och engagemanget finns hos chefsöverläkaren. DAL följer fortlöpande ut-

DEBATT

”Med facit i handen att god diabetesvård lönar sig för såväl patient som vårdgivare brådskar det att se över vår egen organisation för diabetesvård.”

Författare

MELCHER FALKENBERG

docent, distriktsläkare, vårdcentralen, Kisa.

vecklingen på diabetesområdet och utgör ett stöd för diabetesteamet (diabetessjuksköterska, dietist, foterapeut).

DAL är vårdcentralens kontaktperson i vårdkedjan med medicinkliniken samt övriga berörda kliniker samt för det multidisciplinära fotteamet på sjukhuset [1]. DAL blir en garant för att svara för rapportering till det nationella diabetesregistret. Dialog med medicins ansvarig sjuksköterska (MAS) och stöttning av den kommunala sjukvården är en mycket angelägen uppgift efter Ädelrefomen. DAL är således en administrativt mycket viktig nyckelperson.

Vid möten med distriktsläkare, diabetessköterskor, foterapeuter och dietister ute i landet rapporteras ett ofta återkommande upplevt problem, nämligen att man inte anser sig få stöd av chefsöverläkaren att driva utvecklingen av diabetesvården, kvalitetssäkra den, garantera fortbildning av hela teamet samt rapportera till det nationella diabetesregistret.

Patienten – en del av teamet

Förutom nämnda medlemmar av diabetesteamet räknar jag även in personen med diabetes som en viktig teammedlem. När patientundervisning, som skall ses som en självklar integrerad del av behandlingen, ges hög prioritet kan