

Kronikk

Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter – folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport

Folkehelsemeldingen Resept for et sunnere Norge har skapt en del debatt. Blant annet er synet på epidemiologiens rolle i folkehelsearbeidet blitt kritisert. Artikkelen tar utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget i meldingen, med særlig vekt på risikobegrepet, og sammenlikner den med WHO's årsrapport, som også bygger slik kunnskap inn i strategiene for bedring av folkehelsen. Mens folkehelsemeldingen blander sammen individenes risiko for sykdom med befolkningens risiko, gjør WHO's årsrapport dette skillet til et hovedpoeng. Årsakene til sykdomsforekomst i en befolkning trenger ikke være identisk med årsakene til at et tenkt individ blir sykt.

Interessekonflikter: Ingen

Øyvind Næss

oyvind.nass@samfunnsmed.uio.no
 Institutt for allmenn og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0317 Oslo

Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge har skapt mye debatt (1). Enkelte har ment at meldingen plasserer seg i en «epidemiologisk moralistisk» tradisjon (2), andre at meldingen i altfor stor grad legger vekt på individenes ansvar for egen helse (3). Forsvarerne av meldingen mener den tvert imot søker å gi folkehelsearbeidet en ny giv.

Det er utfordrende å lese slike meldinger kritisk fordi de inneholder så mye positivt. Hvem ønsker ikke en god folkehelse og en folkehelsepolitikk som er kunnskapsbasert? Debatten rundt folkehelsemeldingen har hatt en generell tilnærming hvor det noen kaller en epidemiologisk modell for forebyggende helsearbeid særlig er blitt kritisert. Dette kan være misvisende, fordi det er uklart hvilket risikobegrep det refereres til i en så generell kritikk av epidemiologiens plass i folkehelsearbeidet. Dersom folkehelsemeldingen sammenliknes med Verdens helseorganisasjons (WHO) årsrapport for 2002, kommer dette tydelig frem (4).

Folkehelsemeldingen tar utgangspunkt i helsetilstanden i Norge og hvilke årsaker meldingen antar har betydning for denne. WHO's årsrapport har naturlig nok et videre perspektiv. Begge rapportene presenterer strategier for bedring av folkehelsen. Men faktorene man velger er avhengig av hvordan risiko forstås. Begrepet «risiko» kan forstås på flere måter avhengig av om man er interessert i individenes eller befolkningens risiko (5). Det analytiske perspektivet skiller de to rapportene på dette punktet. Folkehelsemeldingen favner bredt, men fremstår som utydelig fordi det er uklart hvilket kunnskapsgrunnlag som brukes for å vurdere betydningsfulle tiltak. WHO's årsrapport, derimot, legger stor vekt på å forklare hvordan risiko kan defineres i forhold til bedring av hele befolkningens helse, ikke bare bedring av individenes helse.

Stortingsmelding nr. 16 og WHO's årsrapport – en sammenlikning

Folkehelsemeldingen bruker begrep som «diagnose» og «resept» på henholdsvis truslene for folkehelsen og strategiene for å bekjempe disse, og foreslår refusjon til leger for å drive helseopplysning blant enkeltpasienter. Begrepene gir ikke uten videre samme mening i grupperettet arbeid som i individrettet praksis. Her avsløres manglende forståelse for et helt grunnleggende perspektiv på forebyggende helsearbeid: Faktorene som påvirker enkeltindividenes helse, er ikke uten videre de samme som gjelder for en hel befolkning. Meldingen får en slagside som åpner for allmenn og unyansert kritikk (2). Meldingen peker i «diagnosen» på faktorer som er urovekkende for den fremtidige folkehelsen, som fysisk inaktivitet og uheldig kosthold. Den foreslår utredninger og tiltak på mange samfunnsområder, ikke bare gjennom helsevesenet. Den har et bredt perspektiv for folkehelsearbeid og kaller dette den «store helsepolitikken». Men her ligger også et problem fordi meldingen ikke definerer et meningsfullt risikobegrep som kan omsettes i effektiv helsepolitikk. Hvis en slik politikk skal ta utgangspunkt i tiltak som betyr mye, er trolig ikke meldingen til særlig hjelp. I meldingen blandes årsaksfaktorer på ulike nivåer sammen, og det blir vanskelig å forstå hvordan sosial ulikhet i helse skal bekjempes samtidig som man ønsker å «skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse».

Folkehelsemeldingen beskriver i liten grad skillet mellom høyrisiko- og populasjonsstrategi og hvilken kunnskap slike tiltak eventuelt må hvile på (5). I avsnittet om

! Hovedbudskap

- Folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport har to ulike epidemiologiske tilnærminger til strategier for bedring av folkehelsen
- Folkehelsemeldingen blander sammen individenes risiko for sykdom med en befolknings risiko
- WHO's årsrapport presenterer ny forskning hvor dette skillet er et hovedpoeng

kunnskapsutvikling nevnes all epidemiologisk aktivitet i Norge, uten kritisk å vurdere valg av risikoperspektiv. Og selv om det etterlyses mer kunnskap om effekten av tiltak, gjøres det ikke rede for hva slags kunnskap dette i så fall skal være. Selv om meldingen anerkjenner betydningen av grupperettede tiltak, virker den uklar og ufarlig fordi den ikke forklarer hvordan risiko på befolkningsnivå kan forstås og evalueres når man skal utarbeide strategier for forebyggende helsearbeid. Derfor fremtrer også de befolkningsrettede tiltak som meldingen velger, politisk og økonomisk uproblematisk, som for eksempel abonnementsordning for frukt i skoler. Kanskje var ikke dette alvorlig ment likevel, vil en kritisk leser innvende.

Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) pakker kunnskapsgrunnlaget inn, mens WHO i sin årsrapport velger å fremheve det. Årsrapporten gjør det klart at befolkningsrettede strategier har størst betydning, men at vi vet lite om hvilke disse er. Med dette utgangspunktet presenterer rapporten en forskningsbasert gjennomgang av hvilke befolkningsrisikoer som den mener har størst betydning globalt og til hvilken pris. I høyinntektsland rangerer årsrapporten røyking, høyt blodtrykk, alkohol, høyt kolesterolnivå og overvekt som de viktigste risikofaktorene av betydning for sykdomsbyrden. I de fattigste utviklingslandene er undervekt, risikofyllt seksuell omgang og dårlig hygiene blant de viktigste faktorene. Men i utviklingsland med lavere dødelighet betyr alkohol, høyt blodtrykk og røyking mer.

Begrepet «risiko» er problematisk blant annet fordi det avhenger av hvilke deler av årsakskjeden man velger ut (6). Det er høyst diskutabelt om det er holdbart i rapporten bare å definere risiko innenfor samfunnsmedisinens tradisjonelle virkefelt. Rapporten kan godt kritiseres for å utelate faktorer som fattigdom. Tiltak mot sosial ulikhet i helse kan antas å være omfattende og ha store politiske konsekvenser (7). Det er vanskelig å se mellomliggende risikofaktorer som røyking og ernæring uavhengig av sosiale forhold, fordi disse og andre ukjente faktorer av betydning for folkehelsen hovedsakelig er sosialt bestemt (8). Hvorvidt endring av sosiale faktorer har større betydning enn endring av mellomliggende risikofaktorer i årsakskjeden, blir derfor et viktig spørsmål. WHO har tidligere anslått at vi bare kan knytte halvparten av den globale sykdomsbyrde til kjente mellomliggende risikofaktorer (9). Dette har vært en inspirasjonskilde for en del epidemiologer til å lete etter flere risikofaktorer, som for eksempel psykososialt stress, som årsak til hjerte- og karsykdommer (10). Andre hevder at målefeil gjør at vi sannsynligvis kan forklare hjerteinfarkt med de fem risikofaktorene vi allerede har identifisert:

høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, fysisk inaktivitet, overvekt og røyking (11). Årsrapporten til WHO gjør tydelig rede for hvilke antakelser de har gjort om dette. Folkehelsemeldingen nevner tiltak mot sosial ulikhet i helse, men siden man ikke peker på hvilket kunnskapsgrunnlag som finnes eller ikke finnes, viser den også hvor luftig denne ambisjonen fremstår.

Hvordan kan befolkningsrisiko forstås?

Den tradisjonelle måten å regne befolkningsrisiko på har vært å ta hensyn til hvor stor andel av befolkningen som utsettes for en spesiell type risiko og slik regne ut befolkningsstilskrivbar risiko (6). Dette gir et viktig, men urealistisk bilde for helsepolitiske beslutninger, fordi sammenlikningsgrunnlaget er totalt fravær av en risiko. Det gir liten mening å fjerne høyt blodtrykk som risiko for hjerte- og karsykdommer helt fra en befolkning. WHO's årsrapport tar utgangspunkt i Geoffrey Roses teori om at årsakene til enkelttilfeller (risiko på individnivå) er forskjellig fra årsakene til insidens (risiko på gruppenivå) (12). Ifølge Rose er det vesentlig å tenke på risiko som en kontinuerlig størrelse, fordi en liten endring i fordeling av risiko på befolkningsnivå kan ha mye større betydning enn å satse på forebyggende tiltak for dem som har høy risiko. Derfor har WHO regnet ut hvor stor betydning det vil få å endre noe på risikofordelingen i en befolkning, som for eksempel at fordelingen av kolesterolverdier etter målinger i Skottland nærmer seg fordelingen i Japan.

Unngåelig sykdomsbyrde

Denne måten å regne befolkningsrisiko på kaller WHO «unngåelig sykdomsbelastning» og den er helt ny. Det innebærer at istedenfor å regne ut betydningen av én risikofaktor ved å fjerne den helt, sammenliknes fordelingen i befolkningen i dag mot ulike hypotetiske prosentvise reduksjoner. For eksempel kan dagens fordeling av røykeandel i befolkningen sammenliknes med en reduksjon på 10 % eller 20 %. Hva betyr en slik tenkt gjennomsnittlig reduksjon i befolkningen for forekomsten av sykdom, og hva koster tiltakene for å få det til? Utgangspunktet er å lage en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk for alle land i en verden som har begrensede økonomiske midler og markedsføre de beste tiltakene av betydning for folkehelsen. WHO's rapport forsøker å knytte all sykdomsbyrde i verden til noen globalt definerte risikofaktorer og sammenlikne disse ved hjelp av DALY (disability adjusted life years). På den måten kan ulike risikoreduksjoner i befolkningen vurderes systematisk, og de mest kostnadseffektive tiltakene kan identifiseres. Blant de tiltakene rapporten peker på som særlig effektive, er reduksjon av saltinnholdet i industrifremstilte matvarer.

WHO's rapport gir med andre ord risikobegrepet nytt liv. Dessverre unnlater rapporten å være like kritisk i forhold til global bruk av verktøyet «DALY» som er blitt mye kritisert for å være skjønnsmessige vurderinger hos noen få personer (13).

Hva vet vi om befolkningsrisiko?

Selv om vi vet mye om risiko for enkeltindivider, viser WHO-rapporten hvor lite vi vet om befolkningsrisiko. Epidemiologisk forskning har etter den annen verdenskrig hovedsakelig dreid seg om sykdomsrisiko relatert til individenes levevaner (14). Senere har flere påpekt begrensninger ved dette perspektivet. Dersom epidemiologisk forskning ikke bare skal identifisere biologiske sykdomsårsaker på individnivå, men også identifisere faktorer av betydning for folkehelsen, blir valg av risikoperspektiv vesentlig. Avgjørende for faktorenes betydning for folkehelsen er at de har stor utbredelse i en befolkning. Selv ukjente faktorer som det er vanskelig å påvise, kan ha betydning av denne grunn, også faktorer med liten relativ risiko (15). Og det er det sosiale og fysiske miljø som betinger denne utbredelsen. Overvekt har økt dramatisk de siste årene i mange vestlige land (16). Det skyldes ikke en plutselig genetisk endring fra én generasjon til neste, men summen av strukturelle faktorer i arbeidsliv og fritid som har endret forholdet mellom energiinntak og -forbruk. Vi vet mye om for eksempel effekten av å røyke eller av å være overvektig for et individs fremtidige helseutsikter, derimot vet vi mindre om hvilke faktorer i det sosiale og fysiske miljø som styrer forekomsten av disse faktorene på befolkningsnivå. Hvilke miljøfaktorer har betydning for at røykevanene blant unge endrer seg over tid eller varierer mellom ulike land? Mange vil hevde at dersom vi klarer å identifisere disse faktorene, får vi et helt annet utgangspunkt for å velge effektive forebyggende tiltak. Noen tiltak er langt mer effektive enn andre. For eksempel kan man tenke seg at en reduksjon av saltinnholdet i maten kan gi liten reduksjon for hvert enkeltindivid men stor reduksjon for en hel befolkning og påvirke sykdomsbyrden, slik WHO viser. De grupperettede tiltakene i Folkehelsemeldingen virker derimot usystematisk utvalgt og politisk uproblematisk. Hovedmålet for WHO's årsrapport er å sammenlikne endringer av ulike risikoer på befolkningsnivå, med utgangspunkt i de risikofaktorene som bidrar mest til en «unngåelig sykdomsbyrde».

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Hvor store krav skal man stille til kunnskap om befolkningsrisiko før ulike tiltak kan vurderes? Det å sammenlikne de to rapportene illustrerer hvor lite vi egentlig vet om risiko på befolkningsnivå. Det blir også tydelig at kunnskap om risiko på individnivå ikke uten videre kan overføres til

befolkningsnivå. Å gjøre dette er av flere blitt beskrevet som en statistisk og metodisk feilslutning (såkalt type 3-feil) (17). Vi finner antakelig ikke årsaken til overvektsepidemien ved bare å studere individuelle egenskaper hos overvektige. Slike faktorer identifiserer vi formodentlig best hvis vi leter i det sosiale og fysiske miljøet. Det er et alvorlig problem dersom metodene innen kunnskapsbasert medisin ukritisk anvendes på gruppenivå. Derfor er det uklart hva meldingen legger i sitt ønske om kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Archie Cochran pekte i sin tid på at vi trenger mer enn fysiologisk kunnskap for å vurdere nytte og eventuelt skade ved ulike helsetjenester (18). Det gav støtet til kunnskapsbasert medisin som har utviklet et system for hvordan kunnskap om behandling av individer skal evalueres. Men å behandle individer er ikke det samme som å behandle systemer (hele befolkninger, sykehus osv.). Vil vi om noen år se en tilsvarende utvikling av kunnskapsbasert folkehelsearbeid? Sannsynligheten for det er liten. Å vurdere kunnskap om tiltak på gruppenivå vil antakelig fortsatt innebære store forbehold og aldri få den status som kunnskapsbasert medisin berettiget eller uberettiget har. Det vi imidlertid kan håpe på, er at premissene for kunnskapsgrunnlaget kommer tydeligere frem enn det gjør i dag.

Lav allmenn oppslutning om folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid har i de senere år kommet i miskreditt, blant annet fordi modellen for forebygging i hovedsak har dreid seg om endring av livsstil hos enkeltindivider. Studier har vist at for mange viktige folkesykdommer har slike tiltak liten effekt (19). Folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport viser hvordan folkehelsepolitikk kan basere seg på to ulike kunnskapsgrunnlag.

I Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) foreslås det tiltak på mange samfunnsområder, som skole, arbeidsliv og transport, men man unnlater å beskrive hvordan tiltak mot risiko på disse områdene kan få betydning for hele folkets helse. Sånn sett fremstår meldingen som tannløs. I WHO's årsrapport er det en hovedsak å definere denne risikoen, men her velger man samtidig å utelate faktorer som hører til i andre samfunnssektorer, kanskje med den konsekvens at de viktigste faktorene ikke identifiseres. Det finnes utallige eksempler på at befolkningens helse i hovedsak blir bestemt av ulike samfunnsforhold. Et fall på nærmere ti år i gjennomsnittlig forventet levealder for menn i Russland i 1990-årene er ett eksempel på dette. Den nære forbindelsen mellom folkehelse og politikk er en utfordring og et dilemma. Hvis politikken skal bygges opp rundt bedring av folkehelsen, får vi et totalitært samfunn. Men hvis tiltakene som foreslås er ubetydelige, kan folkehelsesaken lett bli useriøs og miste oppslut-

ning. De mest effektive tiltakene kan gå på tvers av de rådende ideologiske linjene i samfunnet. Verken folkehelsemeldingen eller WHO's årsrapport gir svar på hvordan disse problemstillingene bør håndteres.

Jeg takker Magne Nylenna og Bjørgulf Clausen for kommentarer til artikkelen.

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge.
2. Fugelli P, Solbakk JH. Sunnhetspolitiet umyndiggjør folket. Aftenposten 5.5.2003.
3. Hauge HA. Helseministerens perfekte amputasjon. Dagbladet 19.1.2003.
4. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy lives. Genève: WHO, 2002.
5. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Basic epidemiology. Genève: WHO, 1993.
6. Bhopal R. Concepts of epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2002.
7. Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy. BMJ 2001; 322: 222–5.
8. Smith GD, Ebrahim S. Data dredging, bias, or confounding. BMJ 2002; 325: 805.
9. Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996.
10. Marmot MG, Bosma H. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. Lancet 1997; 350: 235–9.
11. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the «only-50 %» myth. Arch Intern Med 2001; 161: 2657–60.
12. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985; 4: 32–8.
13. Arnesen T, Nord E. The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years. BMJ 1999; 319: 1423–5.
14. Susser E, Bresnahan M. Origins of epidemiology. Ann N Y Acad Sci 2001; 954: 6–18.
15. Smith GD. Effect of passive smoking on health. BMJ 2003; 326: 1048–9.
16. Tverdal A. Forekomsten av fedme blant 40–42-åringene i to perioder. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 667–72.
17. Schwartz S, Carpenter KM. The right answer for the wrong question: consequences of type III error for public health research. Am J Public Health 1999; 89: 1175–80.
18. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
19. Ebrahim S, Davey Smith G. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factors interventions for preventing coronary heart disease. BMJ 1997; 314: 1666–71.