En bedre folkehelsepolitikk

Samhandlingsreformen og den nye folkehelseloven har skapt nye muligheter for folkehelsearbeidet. Befolkningens helse er avhengig av trivsel og gode sosiale, økonomiske og miljømessige levekår. Den nye loven stimulerer til økt innsats for å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse. Slagordet «Helse i alt vi gjør» understreker det tverrsektorielle ansvaret.

Steinar Krokstad

steinak@ntnu.no

HUNT forskningssenter

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Den nye folkehelseloven staker ut en tydelig kurs for folkehelsearbeidet i Norge (1). Loven kan skape ny giv, nytt engasjement og mer aktivitet i kommuner, fylkeskommuner og statlige etater. Også Legeforeningen har kommet med mange gode konkrete innspill til folkehelsearbeidet (2).

Folkehelsearbeid må være kunnskapsbasert, men det er fortsatt mangel på kompetanse mange steder. Nå skal *alle* ledere og mellomledere i kommunene tenke helse i alt de gjør. Vi trenger oversikt over samspillet mellom folkehelse og miljøforhold, kunnskap om årsaker til sykdom og helse-svikt og om hvilke levekår som er helsebringende. Vi må også hente erfaringer og kunnskap fra andre land.

Fagkompetanse og kunnskap

Samfunnsmedisinen og folkehelsevitenskapen besitter til sammen mye av den nødvendige kunnskapen. Mange departementer trenger faglig bistand, og i mange kommuner er det mangel på både fagfolk og finansiering. Vi kan håpe at den nye folkehelseloven vil gi økt engasjement innen samfunnsmedisinen, for vi trenger oppgående samfunnsmedisinske fagmiljøer i hver krok av landet og ny giv på helsestasjonene. Sannsynligvis er det best for småkommunene å samarbeide om oppgavene for å kunne bygge solide fagmiljøer. Vi trenger også mer forskning for å styrke kunnskapsgrunnlaget. I folkehelsearbeidet er det viktig å være kreativ, konstruktiv og kritisk, slik at ressursene blir utnyttet best mulig.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) monitorerer den norske folkehelseutviklingen fra tiår til tiår (3), og befolkningen i Nord-Trøndelag fungerer godt som norsk indikatorpopulasjon. Tren-

dene i årsaksspesifikk dødelighet, sykefravær og arbeidsuførhet følger den nasjonale utviklingen tett (4, 5). Mens man i kommunene i Nord-Trøndelag har hatt godt oversikt over folkehelsen gjennom tre tiår, kjenner man i de fleste kommuner i landet i for liten grad til befolkningens helseprofil. De nye kommunehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet hjelper noe, men dataene har begrenset verdi. Det må utvikles nye metoder for å gi alle kommuner muligheten til å fremskaffe gode helseoversikter.

Data fra HUNT-undersøkelsen viser at helsetilstanden i befolkningen er i stor endring, til tross for stabile levekår og relativt stabil befolkningssammensetning (6). Den gjennomsnittlige levealderen øker fortsatt, men folkehelseutfordringene som samfunnsutvikling og velstand fører med seg, er uansett formidable. Altfor mange ungdommer har problemer i oppveksten, altfor mange utvikler fedme og diabetes, altfor mange lider på grunn av økt alkoholforbruk – og de sosiale helseulikhetene er fortsatt ubehagelig tydelige (6). De økonomiske konsekvensene av disse forholdene er sannsynligvis meget store.

Individ og befolkning

Er god folkehelse et resultat av gode sosio-økonomiske og miljømessige forhold? Er folkehelsen samfunnets, helsetjenestens eller den enkeltes ansvar? Sammenlikninger mellom land, analyser av data fra ulike sosiale grupper og vanskene med å forutsi helsetilstanden hos enkeltindivider kan gi enkelte svar på slike spørsmål. Å bli født i Norge gir et fantastisk utgangspunkt sammenliknet med det å bli født i for eksempel Sierra Leone. I Norge kan man i dag forvente å oppnå en alder på 81 år, i Sierra Leone kun 48 år (7). Grupper med høy utdanning i Norge har omtrent halvparten så høy dødelighet som grupper med lav utdanning (8).

Men dette er gjennomsnittstall. Sitter du med to individer foran deg, er det alltid meget stor usikkerhet knyttet til den enkeltes livsprognose (9). Dette er en av årsakene til at individuell forebygging blir så vanskelig og at individuelle (proksimale)

årsaksfaktorer egner seg dårligere enn de bakenforliggende (distale) helsedeterminantene for intervensjoner i folkehelsearbeidet (fig 1) (10). Sammenlikning av mulighetene for et barn som vokser opp i Norge og mulighetene for et som vokser opp i Sierra Leone viser betydningen av sosioøkonomiske og miljømessige forhold. De sosiale helseforskjellene i Norge viser at slike forhold også har stor betydning for folkehelsen i vårt land.

Epidemiologen Geoffrey Rose har bidratt med innflytelsesrike teorier til stor nytte i folkehelsearbeidet. Han understreket forskjellen på individrettede og befolkningsbaserte strategier (10). Den individrettede metoden, som handler om å finne personer med høy risiko og satse på forebygging for dem, kan være effektiv for den det gjelder (eksempel: røykeslutt for én pasient). Men metoden har en begrenset effekt i befolkningen (fordi den ikke påvirker det forhold at stadig nye ungdommer begynner å røyke). Befolkningsmetoden, derimot, har liten effekt på hvert enkelt individ (eksempel: reduksjon av fartsgrensen på en veistrekning), men kan være meget effektiv i befolkningen (reduisert antall trafikkskader på strekningen kan måles året etter). Dette er blitt kalt forebyggingens paradoks.

I tillegg er det ofte slik at det ikke er i gruppen med høyest risiko at de fleste sykdomstilfeller oppstår, det er i gruppen med middels høy risiko. Dette fenomenet skyldes at det ofte er et tilnærmet lineært forhold mellom risiko og sykdom og at de fleste risikofaktorer er normalfordelte. Gruppen i befolkningen med middels høy risiko er størst, så selv om folk i denne gruppen har lavere risiko, bidrar den med svært mange syke. Dette er også en forklaring på at høyrisikometoden ikke har særlig god effekt i en befolkning.

Vi har ingen muligheter til å intervenere mot de store gruppene med middels risiko i helsetjenestene uten å få alvorlige prioriteringsproblemer (11) eller forbruke uendelig mye ressurser (10). Det er bare grupper med høy risiko som kan håndteres i et bærekraftig helsevesen.

Figur 1 Proksimale og distale årsaker til sykdom. De proksimale individuelle årsakene forklarer variasjon i sykdom hos individer, de distale forklarer variasjon i insidens av sykdom i befolkningen

Å endre atferd i en befolkning

Folks daglige atferdsmønstre har stor betydning for folkehelsen. Det pågår hele tiden raske endringer i atferd i befolkningen (6). Siste års medieoppmerksomhet omkring lavkarbodiett kan stå som et ferskt eksempel. Ettersom folks atferd er i stadig bevegelse, er potensialet stort hvis vi kan påvirke distale årsaksforhold som skaper endring i riktig retning (fig 1).

Det kan settes opp fem enkle prinsipper for å forstå atferdsendringer i befolkningen:

- Folk flest gjør det som er *enklest*. Hvis vi har en bil stående og det er parkeringsplass ved jobben, er sannsynligheten for at bilen blir brukt høy.
- Folk flest kjøper det som er *billig*. Før var melk billigere enn brus, nå er det omvendt. Før var alkohol dyrt, nå er det relativt billig. Dette påvirker hvilke drikkevarer folk kjøper.
- Vi sørger for å ha det mest mulig *behagelig*. Vi omgir oss med stadig flere tekniske hjelpemidler som reduserer hverdagsaktiviteten. Hver gang det lanseres nye produkter som gjør at vi kan spare energi, blir det gjerne suksess. Går det en heis, er det få som går trappene.
- Vi følger gjerne *motene*. Er det in å røyke, røyker flere.
- Vi gjør stort sett det som er *lovlig*. Den nye loven som forbyr bruk av solarium for barn under 18 år, vil høyst sannsynlig redusere andelen ungdom som ligger i solarier i betydelig grad. I tillegg får slike kloke tydelige politiske grep ofte positive ringvirkninger, gjennom påvirkning av holdninger og normer.

Med en klok helsepolitikk griper man mulighetene som ligger i disse sosiale mekanismene (12).

Gir incentiver i helsetjenestene bedre folkehelse?

Det kan være grunn til å vurdere effektene av incentiver i helsetjenestene. Disse har som hovedhensikt å øke behandlingskapasiteten og redusere ventetidene. Hos fastlegene og i en rekke spesialisthelsetjenester er det stykkprisbetaling. Dette øker antallet pasienter, undersøkelser, diagnoser, behandlinger og kontroller. Men antallet unødvendige legebesøk, undersøkelser, diagnoser, behandlinger og kontroller øker også. Resultatene blir ikke nødvendigvis bedre selv om antall handlinger øker. Det går en grense for hva helsetjenesten skal involvere seg i. På ett punkt oversiger bivirkningene de positive effektene, det som Per Fugelli kaller nokpunktet (13). Omkostningene i annenlinjetjenesten har økt voldsomt, men effekten på folkehelsen er usikker.

Våre subjektive behov synes å være uten grenser. Med økende velstand blir behovene i økende grad selvcentrerte (14). Rettighetslovgivningen gjenspeiler denne utviklingen. De gode helsetjenestene vi har utviklet og som dekker de basale behov for trygghet, har ført til sterkere og mer individualisme (15). Mens folkehelsen objektivt sett er blitt bedre, bruker vi mer og mer ressurser på helsetjenester. Hvordan skal vi bremse forbruket og få folk til å stole mer på at de kan bedømme sin egen helsetilstand? Medisinen bør i større grad enn i dag være faglig fundert – ikke motivert av opportunistiske eller økonomiske incentiver (16). God medisin er nøktern medisin.

Bærekraftig folkehelsepolitikk

Michael Marmot, som nylig var på besøk i Norge i forbindelse med regjeringens arbeid med en tverrdepartemental folke-

helsestrategi, har blant annet ledet WHO's verdenskommisjon om sosiale helseforskjeller. Han mener at et rettferdig samfunn skaper god folkehelse (17). I rettferdige samfunn er de sosiale forskjellene små og forutsetningene for at individer og lokalsamfunn kan ha kontroll over seg selv er store. Det satses på å gi alle barn den best mulige start i livet, på å skape arbeid til alle og sikre gode velferdsordninger. Betaling for innsatsen får vi i form av god folkehelse, høy sysselsettingsandel (18), tillit og høy sosial kapital (19).

Har vi råd til å øke innsatsen for en bedre folkehelse? Spørsmålet er vel heller om vi har råd til å la være. Det vi ikke gjør av folkehelsearbeid i dag, kan bli en omkostning i helsetjenesten i morgen. På mange måter kan det hevdes at «less is more». Avgrens de unødvendige helsetjenestene og prioriter det viktigste, sats mindre på risikofokusering og mer på livskvalitet. Spar på de dyre høyrisikostراتيجiene og sats mer på rimelige befolkningsbaserte strategier. Det kan kalles en bærekraftig folkehelsepolitikk.

Steinar Krokstad (f. 1958)

er førsteamanuensis i sosial epidemiologi ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Han var prosjektleder for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2006–08 (HUNT) og har vært daglig leder ved HUNT forskningssenter siden 2008. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV 2011-06-24 nr. 29. www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html [12.9.2012].
2. Pulsen opp for bedre helse. Forebyggende og helsefremmende arbeid. Oslo: Den norske legeforening, 2012.
3. Krokstad S, Langhammer A, Hveem K et al. Cohort profile. The HUNT Study, Norway. *Int J Epidemiol* 2012. E-publisert 9.8.
4. Statistikkbanken. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2012. <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/> [12.9.2012].
5. Krokstad S, Westin S. Disability in society-medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1837-48.
6. Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) - HUNT 3 (2006-08). Levanger: HUNT forsknings-senter, NTNU, 2010.
7. Gapminder world. Stockholm: Gapminder Foundation, 2012. www.gapminder.org [12.9.2012].
8. Strand BH, Grøholt EK, Steingrimsdóttir OA et al. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ* 2010; 340: c654.
9. Smith GD. Epidemiology, epigenetics and the 'Gloomy Prospect': embracing randomness in population health research and practice. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 537-62.
10. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 427-32, discussion 433-4.
11. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3547-8.
12. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
13. Fugelli P. Nokpunktet. Essays om helse og verdighet. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
14. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Brothers, 1954.
15. Lian OS. Behovet for helsetjenester-naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 111-4.
16. Lian OS. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
17. Marmot M. Fair society, healthy lives. London: University College London, 2010.
18. van der Wel KA, Dahl E, Thielen K. Social inequalities in 'sickness': European welfare states and non-employment among the chronically ill. *Soc Sci Med* 2011; 73: 1608-17.
19. Sund ER, Krokstad S. Sosial kapital. Limet som holder folkehelsen sammen? I: Mæland JG, Elstad JI, Næss Ø et al, red. Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt. Oslo: Gyldendal, 2009: 115-35.

Mottatt 5.7. 2012, første revisjon innsendt 23.8. 2012, godkjent 12.9. 2012. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.