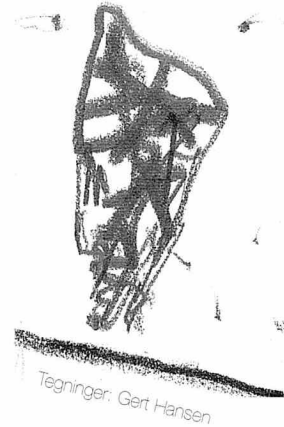


Folkesundhed eller moralsk oprustning?



Af Lone Scocozza

Enhver med respekt for sig selv har, hvis de har været på safari i Afrika, været på skudhold af "The Big Five", d.v.s. en løve, en elefant, et næsehorn, en bøffel og en giraf. På samme måde forholder det sig med folkesundheden. Indenfor denne nyere trend af samfundsmedicinen fokuseres der, når man vil finde forklaringer på sygdom og tidlig død, på "the big four": Rygning, alkohol, fedme og motion. I en række lande, heriblandt Danmark, har regeringerne udformet såkaldte folkesundhedsprogrammer, hvori disse fire temaer behandles på en måde, der minder om Georg Bush's flammende opfordringer til at bekæmpe den internationale terrorisme.

Folkesundhedsvidenskaben, også kaldet Public Health Science, har sine rødder i USA, hvor man allerede i 70'erne introducerede begrebet "selfcare" og hermed understregede den enkeltes rolle i forbindelse med sygdom og sundhed. Selfcare- eller egenomsorgideologien bevægede sig i to forskellige retninger. Den ene, med Ivan Illich (1976) som foregangsmand, kritiserede den moderne lægevidenskab for at sygeliggøre normale menneskelige hændelser som bl.a. fødsel, menstruation, menopause og død. Han understregede nødvendigheden af at bevare en kultur, hvor familien og netværket træder til, når behovet for omsorg og pleje bliver aktuelt, og han advarede imod det tiltagende forbrug af sundhedsvæsenet under henvisning til, at det dels er iatrogen, d.v.s. sygdomsskabende, dels er udtryk for en øget social kontrol, hvor lægerne har magt til at afgøre, hvem der er egnede til at få børn, hvem der kan få kørekort, hvem der er kriminel, og hvem der har gjort

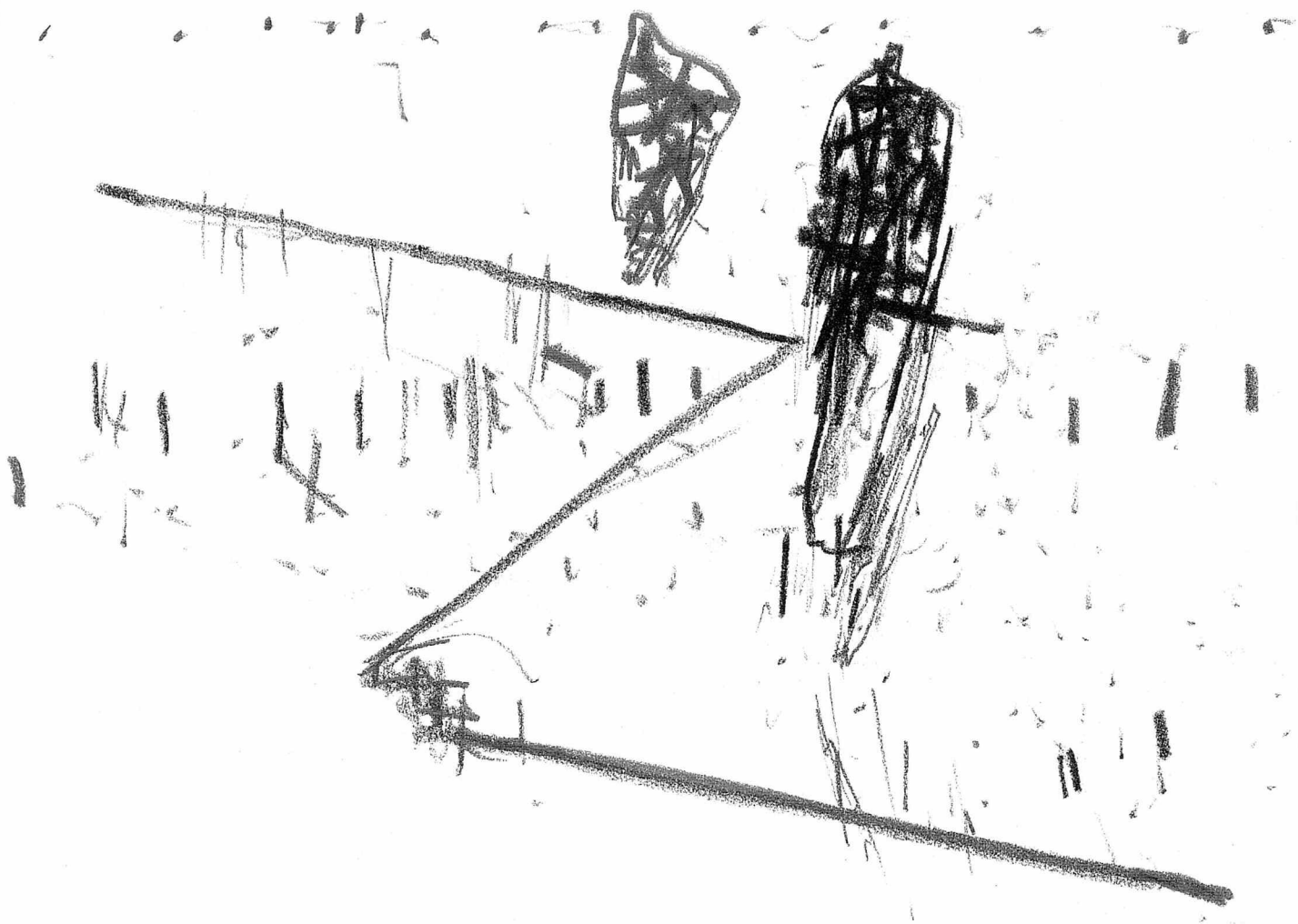
sig fortjent til hjælp fra det offentlige. Den anden retning, og som især blev udstukket af Republikanerne og andre, der ønskede at reducere det offentliges udgifter til sygesikring, udviklede selfcarebegrebet med henblik på at tillægge den enkelte ansvaret for sit helbred. Hvis man bliver syg, skyldes det altså, at man ikke lever tilstrækkelig sundt, f.eks. fordi man ryger, drikker, spiser fedt og ikke dyrker motion. Denne liberalistiske ideologi – enhver er sin egen lykkes smed – har bredt sig fra USA til Europa, og i dag kan man i kampagner for folkesundheden, initieret af bl.a. arbejderklassens gamle partier, New Labour i England (1999) og Socialdemokratiet i Danmark (1999) belæres om, at hvis man vil forlænge middelalderen yderligere, så må man påvirke den enkelte til at have en sund livsstil, og det implicerer, at man omgås "de fire store" på den rigtige måde. Forskellen på disse to perspektiver på sundhed er således, at den første søger at fastholde eller udvide rammerne for, hvad der er normalt, medens sidstnævnte søger at udvide rammerne for, hvad der er sygeligt eller unormalt.

Er sygdom hvermands herre?

I gamle dage hed det, at sygdom er hvermands herre. I dag ved vi bedre. Både middlealderen og sygeligheden er socialt skævt fordelt. Det betyder, at mennesker, der er dårligt socialt stillede, både har et kortere og et sundhedsmæssigt dårligere liv, end de bedre stillede. Dette har flere søgt at bortforklare ved at postulere, at de, der bliver syge, ryger nedad på den sociale rangstige, og at det således er sygdom, der forårsager fattigdom og ikke omvendt. Det kan naturligvis ikke afvises, at sygdom kan medføre social deroute, men en række forhold peger overbevisende på, at socialt dårlige forhold i langt de fleste tilfælde eksisterer forud for sygdommen.

Den engelske læge og epidemiolog, Thomas McKeown, viste således i sit banebrydende arbejde "The Role of Medicine" (1979), at dødeligheden i England i perioden 1800-1950 faldt drastigt i takt med de forbedrede levevilkår for især de dårligst stillede grupper i samfundet. Tuberkulose, mæslinger, kopper mv. blev næsten udryddet samtidig med indførelse af kloakering, rent vand, bedre ernæring, bedre bolig- og arbejdsforhold. Da vaccinationerne blev indført i 1950'erne var middelalderen allerede steget med ca. 40 år. McKeown konkluderer, at sundhedsvæsenet har spillet en perifer rolle for den forbedrede sundhedstilstand, og at et givet samfunds levevilkår er afgørende for befolkningens sundhedstilstand. Han understreger især betydningen af, at levevilkårene giver mulighed for en tilstrækkelig protein- og vitaminholdig ernæring for alle. I erkendelse heraf understreger også Verdenssundhedsorganisationen (WHO), at fattigdommen i den 3.verden udgør det største sundhedsmæssige problem p.g.a. under- eller fejler-næring, og at vaccinationsprogrammer er virkningsløse, hvis de ikke sker parallelt med fattigdomsbekæmpelsen¹⁾.

Nu er fattigdom i Europa for 200 år siden eller fattigdom i den 3.verden i dag jo ikke at sammenligne med levevilkårene i de industrialiserede samfund. Ikke desto mindre ser man fortsat, at visse grupper i befolkningen socialt og helbredsmæssigt er væsentligt dårligere stillede end andre. I den såkaldte "Black Report" (Inequalities in Health, 1980), som i øvrigt blev tilbageholdt af den engelske regering på grund af sit kontroversielle indhold, har man, på grundlag af dødelighedsstatistikkerne for årene 1970-72 i England beregnet, hvor mange og hvem, der ikke ville være døde i den omhandlede periode, hvis alle havde samme levetid som dem, der tilhører de højeste socialgrupper (socialgruppe I-V). Tallene viser, at 74.000 mennesker fra de lavere socialgrupper ville have haft et længere liv. Det drejer sig om 10.000 børn, 32.000 i den produktive alder og 32.000 ældre. Børnedødeligheden er det mest slående ved disse tal, og på grundlag heraf har man yderligere beregnet, at børn født af ufaglærte arbejdere må forventes at leve



fem år kortere end børn af højere uddannede forældre, medmindre de som voksne bevæger sig markant opad på den sociale rangstige, hvilket de færreste gør²¹. En yderligere analyse af disse tal viser, at ved fødslen og den første levemåned er dødeligheden dobbelt så stor blandt børn af ufaglærte arbejdere sammenlignet med børn af højere uddannede. Fra slutningen af første levemåned til slutningen af første leveår kan man for hvert drengebarn, der dør i den øverste socialgruppe, forvente fire dødsfald i den laveste. For de 1-14årige fortsætter disse sociale forskelle i dødelighed efter samme mønster. De største dødsårsager er ulykker, infektionssygdomme og lungebetændelse. Dette mønster i dødeligheden fortsætter for de 15-40årige, hvorefter forskellene aftager hen imod pensionsalderen, men for de 15-64årige som helhed er dødeligheden i den laveste socialgruppe 1½ gang så høj som i den øverste. Disse beregninger er som anført 30 år gamle, og man kunne formode, at de sociale forskelle er blevet mindre i de følgende år. Dette er imidlertid ikke tilfældet. Aktuelle tal fra både Sverige (Folkhälsorapport, Socialstyrelsen, 2000) og Danmark (Sund hele livet, regeringen 2002) peger tværtimod på, at forskellene øges, fordi de øverste socialgruppers middellevetid stiger uden at de laveste følger med.

I Danmark, hvor middellevealderen ligger lavt sammenlignet med de øvrige lande i Europa, viser de seneste beregninger, at dødeligheden blandt mænd uden for erhverv, (arbejdsløse, udstødte, førtidspensionerede mv.) er tre gange højere end for mænd i erhverv, og for kvindernes vedkommende er frekvensen to-tre gange højere. For personer i erhverv ser vi også store forskelle, idet både mænd og kvinder i ufaglærte erhverv som f.eks. fiskeindustri, slagteri- og mejeriindustri, gummi- og plastindustri har markant dårligere levealder og helbredstilstand end personer i andre erhverv. Hertil kommer at kvinder, der arbejder som servitricer og hjemmehjælpere, også lever kortere og helbredsmæssigt dårligere end gennemsnittet (ibid.).

Ansvarsfordelingen

Hjerte/karsygdomme og cancersygdomme udgør de hyppigste dødsårsager i Danmark, og blandt de hyppigste kroniske, men ikke nødvendigvis dødelige lidelser, ser man muskel- og skeletsygdomme, luftvejslidelser, følger efter ulykker, psykiske sygdomme og aldersdiabetes (ibid.).

I den danske regerings nyligt publicerede strategi (ibid.) til forbedring af folkesundheden, tilkendegiver man, at befolkningens sundhed påvirkes af en række forskellige faktorer, samt at årsagerne til de fleste sygdomme er mangfoldige, hvorfor der lægges op til, at ansvaret for sundheden inddeles i tre kategorier: Individet selv, fællesskaberne og det offentlige. Man anbefaler derfor, at indsatsen fra disse tre områder forstærkes og koordineres. En nærmere analyse af disse anbefalinger viser imidlertid, at man på trods af mangfoldighedsperspektivet, i virkeligheden placerer størsteparten af sundhedsansvaret hos individet og det nære netværk, forstået som familie, nabofællesskab, foreningsfællesskab mv. Og det offentliges rolle begrænses til udformning af oplysningskampagner og forebyggelsesprogrammer (screeninger). Man kan undre sig over, hvorledes dette hænger sammen med den viden, vi har om levevilkårenes betydning for sundheden. Hvorledes det hænger sammen med, at de laveste socialgrupper lever kortere og dårligere, og hvorledes det hænger sammen med, at de mest udbredte folkesygdomme er muskel- og skeletsygdomme, d.v.s. slid på bevægeapparatet, som formentlig står i forbindelse med hårdt og repetativt arbejde i industri- og plejesektorerne.

Livsstil versus levevilkår

En yderligere analyse af regeringens forebyggelsesprogram viser, at ordet "livs-

stil" forekommer hyppigt, og at indsatsen for folkesundheden, uanset om den placeres hos individet, netværket eller det offentlige, primært retter sig mod livsstilen. "Dårlig livsstil" hedder det, skal ændres til det, man opfatter som "god livsstil". Begrebet livsstil knytter sig til individet og dets valg af gode eller dårlige vaner. I modsætning hertil har man det samfundsvidenskabelige begreb, levevilkår, der knytter sig til de samfundsmæssige betingelser for individernes liv. Med det første begreb indicerer man, at individerne *vælger* en livsstil, og at dette valg er frit. Med det andet begreb indicerer man, at individerne er underlagt visse samfundsmæssige betingelser, og at vore valg er, om end ikke determinerede, så dog langt hen ad vejen bestemt af, hvilket samfund, vi befinder os i, og hvor i dette samfund vi er placeret socialt og økonomisk. Dette er den klassiske aktørstruktur problematik inden for sociologien, hvor hovedtesen er, at alle mennesker fødes ind i en på forhånd givent struktur, som begrænser vore frie handlemuligheder. Tesen er imidlertid ikke så deterministisk, at strukturerne opfattes som uforanderlige. Der eksisterer et gensidigt forhold mellem aktører og strukturer således, at aktørerne på sigt kan medvirke til strukturerens forandring og fornyelse, men netop som aktører og ikke som enkeltindivider.

Levevilkårene i det moderne industrisamfund er struktureret af en lang række faktorer, hvor lønarbejdet udgør det grundlæggende eksistensvilkår. Når det ikke længere er muligt for individet at oppebære et lønarbejde f.eks. på grund af alder, sygdom, invaliditet eller arbejdsløshed træder de sociale støtteordninger til. En væsentlig del af danskerne lever således af overførselsindkomster, forstået som forskellige former for offentlige pensioner, bistandshjælp eller arbejdsløshedsunderstøttelse. Det er blandt disse mennesker, vi finder den korteste levealder og største sygelighed. Og det er i realiteten også disse mennesker folkesundhedsprogrammerne retter sig imod for at opdrage dem til en god livsstil, således at gennemsnitlivalderen kan forbedres.

De fire store årsagssammenhænge

Vi ved, at rygning er hyppigst forekommende i de lavere sociale lag, ligeledes fedme og den hertil knyttede ringe motion. Alkoholforbruget er mere komplekst, idet arten af alkohol, der indtages, varierer mellem socialgrupperne. Imidlertid er død forårsaget af alkoholrelaterede sygdomme hyppigst i de lavere sociale lag. Når folkesundhedsprogrammerne retter sig mod de "fire store", sker det imidlertid ud fra en antagelse af, at de isoleret set udgør årsager til en kortere levealder og et dårligt helbred. Denne forenkede årsagsopfattelse, som bl.a. er udbredt indenfor den gren af den medicinske forskning, som kaldes epidemiologien, negligerer i realiteten den kendsgerning, at tobak, alkohol, fedme og manglende motion er fænomener, som eksisterer i en social kontekst, og at "årsager" ikke blot er multifaktorielle, men også kontekstuelle. Derfor burde folkevidenskaben, hvis den ville gøre en forskel, flytte perspektivet fra enkeltindividerne og deres handlinger til de sociale omstændigheder, som fremmer de helbredsskadelige handlinger. Men den af biomedicinen dominerede folkesundhedsvidenskab har ganske unkladigt at videreføre og uddybe den indsigt, som McKeown (op.cit., 1979) lagde grunden til, nemlig at ændringer i en befolknings sundhedstilstand er tæt forbundet med ændringer i de samlede livsbetingelser. Tankegodset i folkesundhedsprogrammerne savner således en grundlæggende analyse af de livsomstændigheder, der fremmer rygning og alkoholindtagelse og ligeledes af, hvad der fremmer fedme og ringe motion. Meget tyder på, at arbejdsbetingelser, herunder arbejdsorganisering og grad af indflydelse har betydning for såvel rygning som alkoholindtagelse, og at økonomi, boligforhold, miljø og fritidsfaciliteter har betydning for fedme og motion³.

Konsensus eller evidens?

Folkesundhedsprogrammerne bygger dels på oplysningskampagner med focus på "de fire store", dels på forebyggende tiltag i form af bl.a. screeninger, hvor man undersøger store befolkningsgrupper for specifikke sygdomme. Det er i det foregående antydnet, at oplysningskampagnerne er problematiske, og jeg vil i det følgende med nogle udvalgte eksempler søge at uddybe, hvorledes de bagvedliggende rationaler mere er udtryk for konsensus end evidens. Ved konsensus forstås, at der blandt eksperter opnås *enighed* om virkningen af forskellige indsatser, medens evidens forudsætter videnskabelig *dokumentation*.

1. eksempel: Passivrygning

I sidste halvdel af 1900-tallet steg antallet af dødsfald af lungecancer i USA og Nordeuropa markant, og en række epidemiologiske studier viste statistisk overbevisende sammenfald mellem tobaksforbrug og risiko for lungecancer. Det hyppigst citerede studie (Doll and Hill, 1962) er foretaget blandt engelske læger, hvor andelen af læger, der ophørte med rygning, faldt fra 40 til 20% over en 10-årig periode med et tilsvarende fald i dødeligheden af lungecancer. Et senere studie blandt 40.000 offentligt ansatte i England viste ligeledes, hvorledes rygning og risici for at dø, ikke blot af lungecancer, men også af bl.a. hjerte/kar sygdomme, var statistisk sammenfaldende, dog med det væsentlige fund, at ved det samme daglige forbrug af cigaretter (mere end 20 stk), var risikoen 3,5 gange så stor i den laveste socialgruppe sammenlignet med den højeste (Marmot et al. 1984). Det er åbenbart, at betydningen af rygningens sociale kontekst er blevet stærkt undervurderet i risikovurderingerne, hvilket bl.a. to nyere svenske studier har vist. Den svenske læge Sarah Wamala (2002) har i sin doktorafhandling vedrørende kvinders risici for hjerte/karsygdomme vist, at lav socialklasse og psykosociale parametre som f.eks. stress, belastninger på arbejde og/eller i hjem giver langt stærkere risikoudslag end rygning. Staffan Lindeberg (1994) har foretaget en sammenlignende undersøgelse af hyppigheden af bl.a. hjertekar/sygdomme i henholdsvis en svensk og en kitavansk (Melanesien) population, og fundet, at medens hjerte/karlidelser er den hyppigste dødsårsag i Sverige, forekommer de yderst sjældent i Melanesien, og dette på trods af, at rygningen her er langt mere udbredt, end i Sverige.

I 1980'erne blev begrebet "passiv rygning" introduceret som et led i antirygekampagnerne. Et japansk studie havde vist, at kvinder, der ikke selv var rygere, men gift med rygere, havde en øget risiko for lungecancer (Fitzpatrick, 2001). Herefter fulgte en række studier fra forskellige lande, der tilsyneladende dokumenterede, at passiv rygning også kunne være årsag til lav fødselsvægt, vuggedød, astma hos børn, hjerte/kar sygdomme etc. Risici ved passiv rygning blev efterhånden betragtet som værende farligere for omgivelserne end egenrygning for rygeren selv. Rygning hos ansøgere til at adoptere børn i England blev således i konsekvens heraf betragtet som en hindring for adoption (ibid.). Imidlertid har blandt andre den svenske toksikolog Robert Nilsson (1997) sat spørgsmålstegn ved grundlaget for de epidemiologiske undersøgelser, som har skabt konsensus om passivrygningens betydning. Han har på grundlag af eksisterende undersøgelser beregnet, at af den årlige forekomst af cancer i en population på 100.00 vil 135 skyldes kosten, 68 rygning, 23 soldyrkning og kun 2 passiv rygning. Dette skal sammenholdes med, at i en befolkning, som indtager japansk mad (som indeholder arsenik), vil dette forårsage 12 tilfælde af cancer, den naturlige forekomst af arsenik i drikkevandet vil forårsage 4 tilfælde og indtagelse af spiselige svampe 3 tilfælde. Risikoen ved cancerdød af passiv rygning vil således, sammenlignet med de miljømæssige risici, være næsten uden betydning (ibid.)

Den australske læge Raymond Johnstone (1991) har undret sig over, hvorledes myten om passivrygningen overhovedet har kunnet få de dimensioner, som tilfældet er, og han har givet den simple forklaring, at forskerne, når de præsenterer deres resultater, anvender relative procenttal i stedet for absolutte, hvorved deres fund kommer til at se betydeligt mere dramatiske ud, end tilfældet er. Lad os tage et eksempel: Den årlige dødsrate af cancer blandt ikke-rygende kvinder, gift med ikke-rygende mænd, er 6 pr 1000.000, medens den blandt ikke-rygende kvinder til rygende mænd er 8 pr. 100.000. Dette kan formidles som en relativ risiko på 33%. Men omsat til absolutte tal bliver risikoen, at 1 kvinde ud af 50.000 eventuelt kan få kræft ved at være gift med en ryger-mand, hvilket statistisk er uden betydning. Johnstone konkluderer, at det eneste, der kan siges om den formodede forbindelse mellem passiv rygning og lungecancer er, at hvis den overhovedet findes, så er den så lille, at den er vanskelig at måle (ibid.).

2. eksempel: Kolesterol

Dødeligheden af hjerte/karsygdomme er siden 2.verdenskrig vokset med endnu større hastighed end dødeligheden af lungecancer. Årsagerne hertil er ukendte, ligesom man heller ikke har en forklaring på, at den er faldet igen i de seneste årtier. En række sammenlignende studier af befolkninger med forskellige kostvaner har indiceret, at der er en forbindelse mellem forekomst af hjerte/karsygdomme og indtagelse af føde med animalske fedtsyrer, som findes i mejeriprodukter og fedt kød, og dette har ført til en teori om at visse fødevarer øger blodets kolesterolindhold med det resultat, at hjertets arterier blokeres, hvorved der kan dannes blodpropper (Fitzpatrick, 2001). Imidlertid har man i et stort fælles projekt mellem USA og Europa udforsket betydningen af forskelle i ernæring og ændringer i livsstil hos 60.000 mennesker uden at kunne finde støtte for kolesterol/blodpropteorien (ibid.). Disse undersøgelser er blevet fulgt op af LeFanu (1987) og af et WHO-projekt (Fitzpatrick, 2001), og man er kommet til det samme resultat: Kolesterolteorien kan ikke verificeres. Ikke desto mindre anbefaler folkesundhedsprogrammer fortsat at reducere indtagelsen af animalske fedtsyrer, også selvom det er påvist (Marmot, 1994), at man gennem kontrol af fødeindtagelse, kun kan producere marginale reduktioner i kolesterolindholdet, og at den forventede levetidsforlængelse ved en 10%'s reduktion i kolesterolindholdet vil være mellem 2,5 og 5 måneder.

Også medicinalindustrien har interesseret sig for sænkningen af blodets kolesterolindhold og fremstillet en række præparater med dette formål. En dansk/svensk læge (Ravnskov, 2000), har imidlertid påvist, at det stof, Statin, som forekommer i de nyere kolesterolsænkende præparater, ganske vist sænker dødeligheden af hjertesygdomme, men at dette i realiteten kan skyldes andre forhold end sænkningen af kolesterolet i blodet. Også han understreger, at forsøgene på at sænke kolesterol gennem ændringer i kosten vil have minimal effekt, idet den menneskelige organisme selv producerer kolesterol, svarende til op til fem gange den mængde, vi kan indtage gennem kolesterolholdig animalsk føde. Hertil kommer, at meget tyder på, at det ikke er kolesterol, som er synderen bag hjerte/karsygdommene, men genetiske, kulturelle og miljømæssige faktorer (ibid.).

3. eksempel: Mammografiscreening

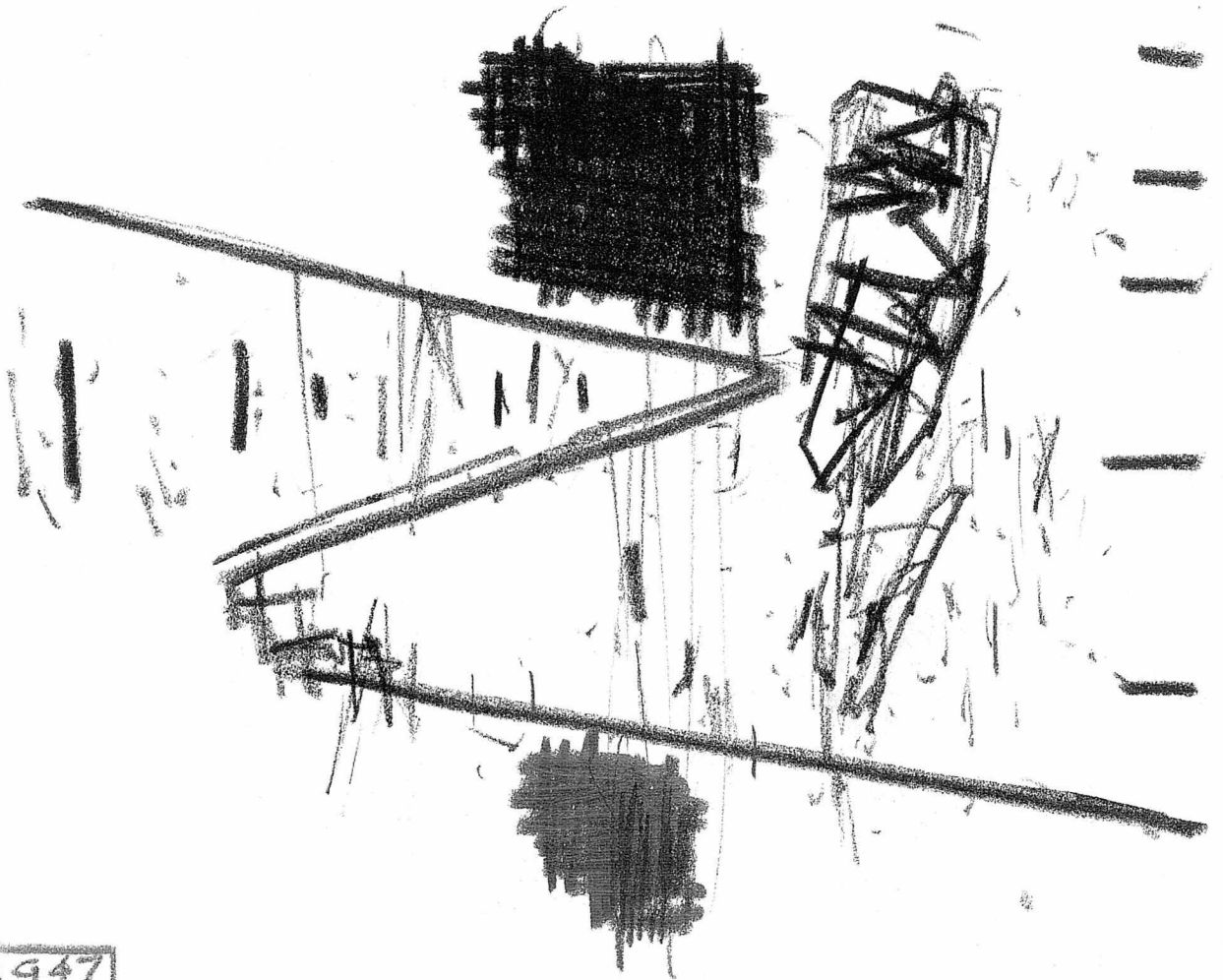
Folkesundhedskampagnerne fokuserer som påpeget på bekæmpelse af "de fire store". Disse kampagner suppleres imidlertid i stigende udstrækning af de såkaldte screeningsundersøgelser, hvor man undersøger større grupper af den raske befolkning for eventuelle sygdomme. Man har screeninger for cervixcancer, prostatacancer, brystcancer etc. Et screeningsprogram er opbygget som en kontrolleret undersøgelse, hvor man indkalder en gruppe, der alders- og kønsmæs-

sigt kan mistænkes at have den pågældende sygdom. Undersøgelingsgruppen fordeles tilfældigt (randomiseres) i to undergrupper, hvor den ene bliver underkastet undersøgelser for den pågældende sygdom og den anden fungerer som kontrolgruppe. Hvis man blandt den undersøgte gruppe finder tegn på sygdom, går man videre med diagnosticeringen, og ved såkaldt positive fund, iværksætter man behandling. Efter afsluttet undersøgelse og behandling sammenlignes dødeligheden herefter i de to grupper, og er dødeligheden signifikant lavere i den gruppe, som er blevet undersøgt og behandlet, betragtes screeningen som værende sygdoms- og dødelighedsforebyggende. Der er imidlertid flere problemer forbundet med screeningsundersøgelser. For det første er det jo i princippet raske befolkningsgrupper, der hypotetisk antages at være syge, hvilket naturligvis kan være meget angstprovokerende for de indkaldte personer. Dernæst er diagnosticeringsteknikkerne ikke tilstrækkeligt fintmålende, hvorfor man kan risikere at diagnosticere sygdom hos nogle, der ikke har det, hvilket kaldes falsk positive, og omvendt kan man overse sygdom, hos dem, der har det, hvilket kaldes falsk negative.

Imidlertid har man i bl.a. England og Sverige indført mammografiscreeninger som landsdækkende programmer, hvor samtlige kvinder over 50 år hvert andet år indkaldes til at få røntgenbestrålet deres bryster. I Danmark har man igennem en årrække diskuteret, om mammografiscreeninger også skulle indføres her. I begyndelsen var meningerne delte, idet bl.a. Sundhedsstyrelsen var af den opfattelse, at det ikke var tilstrækkelig godtgjort, at screeninger havde en positiv effekt. Efter pres fra både onkologer og patientforeninger (bl.a. Kræftens Bekæmpelse), har man dog indført obligatoriske screeningstilbud i både Københavns kommune samt i Odense amt, dækkende ca 20% af den danske befolkning. Sundhedsstyrelsen har siden slutningen af 1980'erne nedsat flere grupper om emnet og udgivet en række rapporter, hvis anbefalinger bygger på resultaterne fra en række screeningsundersøgelser i bl.a. USA, England, Canada og Sverige, og hvor data peger på, at mammografiscreening nedsætter dødeligheden af brystcancer.

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1997 sin endelige rapport om mammografiscreening (statusrapport, 1997), hvori det anbefales, at den gøres landsdækkende. Tidligere formand for patientforeningen "Tidslerne" har i denne sammenhæng i sin bog "Kræft for viderekomne" (2002) givet en beskrivelse af, hvorledes hun som lægperson, i et udvalg domineret af eksperter, nærmest blev intimideret til at følge den konsensuslinie, som udvalget havde udstukket fra begyndelsen. Birkelund, som var velorienteret i screeningsspørgsmålet, var nemlig af den opfattelse, at de internationale undersøgelser, heriblandt de mest citerede svenske, ikke udviste evidens for, at dødeligheden blev reduceret ved screening. Hun blev nogle år senere bekræftet i denne antagelse af en undersøgelse fra det danske Cochraneinstitut, som i en artikel i Lancet (Olsen og Gøtzsche, 2001) dokumenterede, at de nævnte undersøgelser, som hidtil antaget, ikke udviste evidens, og man advarede om, at screening kunne skade mere end gavne, idet dødeligheden hos de mammograferede kvinder samlet set var højere end hos kontrolgruppen. Artiklens forfattere peger på, at dette bl.a. kan skyldes, at dødeligheden af hjertesygdomme øges af den strålebehandling, som ofte er en del af behandlingen for brystkræft (ibid.).

Hvordan har man så kunnet overbevise politikere, læger og store dele af befolkningen om, at screening for mammografi alligevel er gavnligt? Ja, her er vi tilbage ved den tidligere påpegede forskel på at anføre relative versus absolutte tal. Adspurgt, vil de fleste såvel læger som lægfolk mene, at mammografiscreening giver en ca 30%'s forbedring i overlevelsen hos de screenede sammenlignet med kontrolgruppen. Dette tal hidrører fra den meste citerede undersøgelse fra to svenske len (Nystrand, 1991), hvor forskerne konkluderer, at dødeligheden blev



1947
1709

reduceret med 26,7%. Dette dækker over, at der i den gruppe, der blev mam-mograferet, døde 0,11% af brystkræft, mens der i kontrolgruppen døde 0,15%, altså en forskel på 0,04%, hvilket udregnet til en relativ forbedring giver 26,7%. Man kan også udtrykke det på følgende måde: De raske kvinder, som indkal-des til screening har 99,85% chance for ikke at dø af brystkræft, og ved at del-tage i screeningen kan de øge denne chance til 99,89%. Og så må det ikke glemmes, at deres risiko for at dø af andet samtidig øges.

Det er ikke blot ved screeninger for brystcancer, at resultaterne er problema-tiske, også screeninger for andre sygdomme f.eks. testikelcancer og cervixcan-cer er tvivlsomme. I følge Fitzpatrick (2001) fortsætter man på trods heraf, i fol-kesundhedens navn, med at iværksætte screeninger for sygdomme, man enten ikke kan identificere med tilstrækkelig præcision eller behandle, fordi det giver stor prestige til både behandlere og politikere.

Hvorfor folkesundhedsvidenskab?

Middellevetiden i Danmark er 74,5 år for mænd og 79,2 for kvinder, og efter en periode, hvor den har ligget relativt lavt i forhold til det øvrige Europa, bortset fra Østeuropa, er den siden 1998 steget mere end i de andre nordiske lande, som i øvrigt ligger højt. I det hele taget er levealderen hos den Nord- Vest- og Sydeuropæiske befolkning blevet betydeligt forøget siden 2.verdenskrig. Den engelske praktiserende læge Michael Fitzpatrick undrer sig i bogen "The Tyranny of Health" (2001) over, hvorfor det så er vigtigt at arbejde på yderligere at forlænge denne levetid, idet vi formentlig har nået grænsen for menneskets biologiske levetid. Medens mine unge raske patienter er nervøse for ikke at komme til at blive 100 år, siger han, så ønsker mine ældre patienter, især de økonomisk dårligst stillede, ikke at få et længere liv. Og de ønsker slet ikke at høre om "de fire store", som i deres opfattelse kun vil forringe det sidste af den livskvalitet de har tilbage.

Der er mange aktører på folkesundhedsscenen: Sundhedsvæsenet (især onkologer og radiologer), forskere, politikere, medicinalindustri og patientorga-nisationer. Hver især har deres interesser i at fokusere på folkesundheden. Blandt disse interesser kan nævnes bevillinger, stillinger, vælgere, besparelser eller profit. Problemet er, at i dette sammensurium af interesser, forsvinder fol-kesundhedsvidenskabens rationelle og videnskabelige grundlag. At forbedre folkesundheden, forstået som et bedre liv, er naturligvis ønskværdigt, men det forudsætter, at den kontekst, som sygdom og sundhed befinder sig i, analyse-res gennemgribende, og at de foranstaltninger, man sætter i værk er både effektive og acceptable. Som billedet ser ud i dag, virker det som om, man sætter kikkerten for det blinde øje og fokuserer på individet i stedet for på de økonomiske og sociale omstændigheder, som skaber gode liv. Hertil kommer, at man, som påpeget i det foregående, tilsyneladende ganske ureflekteret giver anbefalinger om bl.a. rygning, kost eller screeninger, hvor der hersker betydelig uenighed om den videnskabelige evidens. I dette perspektiv bliver folkesund-hedsprogrammerne ikke blot utilbørligt moraliserende, men også grundlæggende uetiske. I medens venter Wall Street på pillen, der giver evigt liv.

Noter:

1. For en uddybning af betydningen af ernæring i forbindelse med vaccinationsprogrammer se f.eks. Djurfeldt, G. og Lindberg, S.: *Medicin mot fattigdom? Zeniths samhällsstudier*, 1980.
2. Hvilket for Danmarks vedkommende senest er dokumenteret af Det Økonomiske Råd i samarbejde med OECD, 2001.
3. Den israelske sociolog Aaron Antonovsky har udviklet en teori om , at et godt helbred er afhængig af, hvorledes man reagerer på stress og andre belastninger. Oplever man sammenhæng i tilværelsen, indflydelse på sit liv og betydning i det hele taget, vil ens chancer for et godt helbred være betydelige. Imidlertid foretager Antonovsky ikke en analyse af, hvilke sociale og økonomiske positioner i samfundet, der muliggør disse for helbredet så positive oplevelser (se f.eks. "Health, Stress og Coping", 1979).

Referencer:

- Birkelund, M:* Kræft for viderekomne – at møde sin sygdom. Hovedland, 2002.
- Black, sir Thomas:* Inequalities in Health, DHSS, London, 1980.
- Department of Health:* Saving Lives – our helthier nation. London. 1999.
- Doll, R and Hill, AB:* Mortality in Relation to Smoking. Ten years Observations of British Doctors. British Medical Journal, 1, 1399-1410, 1964.
- Fitzpatrick, M:* The Tyranny of Health – Doctors and the Regulation of Lifestyle. London og New York. Routledge. 2001.
- Folkhälsorapport 2001*, Socialstyrelsen, Stockholm. 2001.
- Illich, I:* Limits to Medicine. London, Penquin, 1976.
- Johnston, JR.:* Scientific fact or scientific delusion. In Health, Lifestyle and the Environment. London. Social Affairs Unit/Manhattan institute. 1991.
- LeFanu, J:* Eat your Heart Out. London. Macmillan, 1987.
- Lindeberg, S.:* Apparent Absence of Cerebrocardiovascular Disease in Milanese. University of Lund, 1994.
- Marmot et.al.:* The Lancet, may 5, 1984.
- McKeown, T:* The Role of Medicine. Princeton University Press. 1979.
- Nilsson, R.:* Is environmental tobacco smoking a risk factor for the carcinoma of the lung? In: Bate, R. (ed.) What Risk? London. Butterworth/Heinemann. 1997.
- Nystrand, A.:* Berzelius-symposium om cancerscreening. Läkartidningen, vol 88, 35. 1991.
- Olsen, O. og Gøtzsche PC:* Cochrane Review on Screening for Breast Cancer with Mammography. The Lancet, vol.358: 1340-42. 2001.
- Ravnskov, U.:* The Cholesterol Myths – Exposing the Fallacy that Saturated Fat and Cholesterol Cause Heart Disease. Washington. New Trends Publishing, Inc. 2000.
- Regeringens Sundhedsprogram 1999-2008*, Statsministeriet, 1999.
- Regeringens status 2001:* Sund hele livet. Statsministeriet 2002.
- Sundhedsstyrelsens statusrapport:* Tidlig opsporing. 1997.
- Wamala, S.:* Stora sociala skillnader bakom kvinnors risk for krans/kjårlsykdommar. Läkartidningen, 3, 177-181, 2001.