

Att bryta levnadsvanor: II

Levevaner kan förändras

Finn Kamper-Jørgensen

Inger Brännströms "opponent" är Finn Kamper-Jørgensen från Danmark. Han är läkare och direktör för Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE). DIKE är ett centrum för analys av hälsoläget i Danmark och är, även om det är självständigt, knutet till Sundhetsministeriet. Han har varit redaktör för Ugeskrift for læger och medlem av det Lægevidenskabelige forskningsråd. Han anlitas mycket internationellt - inom Norden, av WHO och av EU.

Vi ved, at levevaner kan brydes og forandres. Lad mig illustrere med eksempler:

1. Der er i de seneste år set en relativ dramatisk forandring i spædbørns sovestillinger og med betydelige konsekvenser for dødeligheden (1,2,3) (Tabell 1).

Tabel 1. Vuggedød (pludselig uforklarlig spædbørnsdød) i Danmark 1989-1993.

År	Antal vuggedøde i alt
1989	114
1990	103
1991	116
1992	83
1993	40*

* Skøn over 1993 tal (Sundhedsstyrelsen)

Den danske Sundhedsstyrelse meldte i slutningen af 1991 tre centrale budskaber ud i relation til vuggedød:

- sovestilling: barnet skal placeres på ryggen, ikke på maven, når de sover

- ikke for varm lejring af barnet, når det sover
- tobaksrygning har betydning for vuggedøden

Informationen skete dels via danske massmedier, dels via sundhedsprofessionerne (læge, sundhedsplejerske, jordemoder m v).

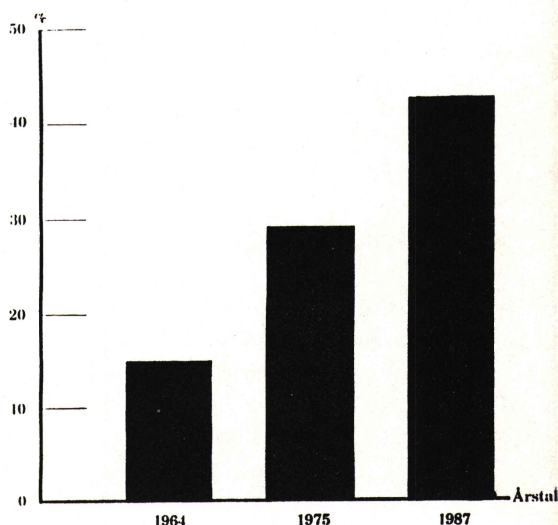
I Roskilde amtskommune i Danmark havde man før

interventionen undersøgt, hvorledes forældre placerer deres spædbørn, når de sover. 40% af forældrene placerer spædbarnet på maven. De havde lyttet til tidligere tiders oplysninger. Sundhedsstyrelsens nylige rekommandationer blev udbredt i amtskommunen. Et år senere kunne man måle, at kun 10% af børn nu placeres på maven. En sådan forandring - 30% - er nærmest dramatisk på det korte sikt.

Nylige danske undersøgelser tyder på, at alle førstegangsforældre i dag lægger deres spædbarn i rygleje, når det sover, mens flerbarnsforældre fortsat i vis udstrækning anvender maveleje. Alle er informeret om sovestillingens betydning. Derimod er det kun omkring halvdelen af forældrene, der er opmærksomme på varm lejring og tobak som risikofaktor.

I Norge har man tilsyneladende set en tilsvarende dramatisk forandring i vuggedøden - under indflydelse af en lige så massiv interventionsindsats som i Danmark,

Figur 1. Procentandel, der dyrker sport, 1964, 1975 og 1987.



mens meget tyder på, at en mindre intens svensk indsats også har givet mindre nedgang i dødeligheden (vurdering primo 1994).

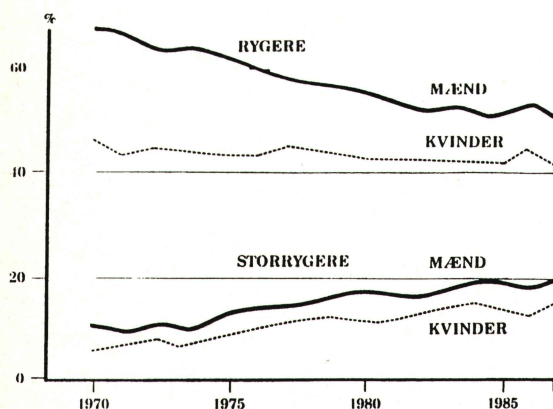
Jeg vil karakterisere eksemplet som et eksempel med dramatiske effekter af en målrettet indsats.

2. *Figur 1* viser udviklingen i danskernes motionsvaner over en længere tidsperiode (4).

Jeg synes, at forandringerne er meget store. Den internationale videnskabelige litteratur tyder på, at motionsvaner og fysisk aktivitet måske er den levevane, som det er lettest at forandre.

3. *Figur 2* viser udviklingen i danskernes rygevaner (4,5).

Figur 2. Andelen af rygere i den danske voksenbefolkning 1970-1987.



Figuren viser, at rygning mindskes noget over tid. Andelen af storrygere øges over tid. Danskerne ryger i almindelighed mere end i de fleste andre lande.

Rygevaner er meget vanskelige at forandre.

Eksemplerne illustrerer, at levevaner kan forandres. Men ændringshastigheden er meget forskellig for forskellige levevaner.

"Forandringsmodellen" diskuteres senere.

Den politiske bevillingsmodel

Både i Danmark og i mange andre lande har jeg erfaret, at der findes en forandringsmodel, som jeg kalder "den politiske bevillingsmodel". Ministrene vil gerne gøre noget. Eller Rigsdagsmedlemmer, - eller lokale politikere.

Modellen, der anvendes - inspireret af traditionel sundhedsoplysning - er vist i *figur 3*.

Figur 3. Den politiske bevillings-model.



Lad mig eksemplificere tænkningen med tobaks-eksemplet: Giv den danske befolkning viden. Giv information om, at tobak giver lungkræft, giver hjertedød m v. Det skal ske gennem en informationskampagne. Så udvikler den danske befolkning en negativ holdning: Tobak er skadelig. Ifølge modellen ophører danskerne herefter med at ryge. Den danske befolkning har altså forandret sin adfærd.

Dette er i det mindste den politiske bevillingsteori. Det er min erfaring - ikke mindst fra Danmark - at denne "politiske bevillingsmodel" er meget almindeligt anvendt i politiske og administrative sammenhænge. Man finder den imidlertid også vidt udbredt blandt sundhedsprofessionelle.

Modellen har også effekt. Men meget, meget mindre end vi tror. Rygeudviklingen i Danmark er et godt eksempel på dette. De fleste rygere har solid viden om skadevirkningerne fra tobak, men de ryger alligevel.

Informationskampagner udløser som regel opmærksomhed, men forandrer i almindelighed ikke folks adfærd. Dette er efterhånden rimeligt dokumenteret i forskningen. Førnævnte dramatiske eksempel vedrørende spædbørnsdød er en undtagelse.

Den model, jeg netop har omtalt, kalder jeg somme tider: "Institutions-profileringsmodellen". Institutionen - f.eks. Lenssstyrelsen, Sundhedsstyrelsen eller sygdomsforeningen profilerer sig mere som institution end som forandrer af befolkningens holdning og adfærd.

Hvilken vejledning kan forskersamfundet give?

Kan forskningen og forskersamfundet give vejledning til politikere og administratorer om, hvorledes for-

Informationskampagner udløser som regel opmærksomhed, men forandrer i almindelighed ikke folks adfærd

andningsprocesserne bør tilrettelægges for at fungere? Jeg svarer klart ja på dette spørgsmål!

Inger Brännströms foredrag (6) giver i problematiserende form en oversigt over en række elementer, som må tages med i betragtning. I afsnittet om forandring af levevaner - mere end bare kundskab - listes følgende faktorer:

- * betydningen af livsbegivenheder
- * en kollektiv bevidsthed
- * religiøse opfattelser
- * magt og underordning kønnene imellem
- * viden
- * samfundets økonomiske udvikling og prispolitik
- * lovgivning
- * ny teknologi og arbejdslivets organisering

Fra forskning og praktisk erfaring ved vi, at forandringsprocesser som regel er meget komplekse processer. Nogle er dog enkle. Rødderne til forandringer kan gå langt tilbage i tiden.

Figur 4 viser en overskrift fra en dansk avis. Den lyder: Fordrukne danskere og ædrulige (nyktra) svenskere. Der er tale om et avisreferat af en videnskabelig afhandling, som for nylig i Danmark sammenlignede svensk og dansk alkoholpolitik i et langsigtet perspektiv. Den tese, som bl a belyses, er at vi i dag stadig er påvirket af religiøse strømninger fra 1800-tallet. Vækkelseprædikanterne og nykterhetskællskapet blev i Sverige to dele af samme sag. Danmark fik på samme tid højskole-bevægelsen. Sagt kort:

Figur 4. Et populært diskussionstema.

Fordrukne danskere og ædrulige svenskere

Af NILS UFER

Det svenske folk skal vækkes. Det danske folk skal oplyses. Vi finder formentlig de parallelle folkekulturelle forskelle i vor politik i dag.

Tværvideenskabelighed

Inger Brännström har som én af sine konklusioner, at folkhälsforskningen skal være et tværvideenskabeligt

kundskapsområde. Vi må forstå vor rødder i oplysningsindsatsen og i folkhälsarbejdet, som jeg ovenfor har antydnet med alkoholpolitik-eksemplet.

Jeg er enig med Inger Brännström i, at man i al for høj grad savner en række faglige discipliners bidrag til folkhälsforskningen. Jeg tænker på økonomi, sociologi, antropologi, filosofi.

Måske kan tværfagligheden give os hjælp til at forstå og håndtere den situation, jeg beskriver nedenfor.

Helsefanatisme

Det er min vurdering, at der netop i disse år i ganske mange fagprofessionelle kredse i vore lande findes et vist enøjet, helsefanatisk syn på udviklingen. Fedtprocenten i maden skal ned, uafhængig af konsekvenserne. Rygeprocenten skal ned, uafhængig af konsekvenserne. Motionsprocenten skal øges, uafhængig af konsekvenserne. Alkoholkonsumet skal mindskes, uafhængig af konsekvenserne.

En kendt dansk sanger, som vel kan sammenlignes med Sveriges Cornelius Vreeswijk, udtalte for nylig til en kendt dansk avis: Jeg vil have lov til at æde mig ihjel - æde mig til døde.

Dette var en typisk dansk reaktion på helseguruernes sundhedsbudskab. Jeg holder mange foredrag i Danmark. Sangerens reaktion er ikke utypisk for de reaktioner, jeg ofte møder. Jeg synes, at man i forskningen må indmodellere den type problemstillinger, som jeg netop har taget op. Det gør Inger Brännström ikke særlig meget ud af i sit foredrag. Derfor vil jeg supplere hermed i min kommentar.

Med figur 5 har jeg bl a villet opfange visse problemstillinger, som jeg synes det er meget væsentligt at forske i og forholde sig til i den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende politik (7).

Når den danske sanger gør oprør mod sundhedsprofeterne er det måske, fordi han synes, at det sunde liv - se døren till højre på figuren - ikke er det samme som det gode liv, livet med god livskvalitet. I modellen fokuseres eksplicit på dette resultat af folkhälsindsatsen. Vi kan videreføre det i en diskussion om de etiske dimensioner i forebyggelsearbejdet. Hvad er det vi vil opnå?

WHO's Sundhed for Alle År 2000-politikken har 4 overordnede mål:

- * et længere liv
- * et sundere liv (et liv uden sygdom)
- * et rigere liv (et liv med god livskvalitet)
- * lighed i sundhed

Figur 5. Det handlende menneske. Sundheden. Det gode liv.



Idé: Finn Kamper-Jørgensen, Niels Kr Rasmussen

Kilde: (Kamper-Jørgensen & Almind G: Forebyggende Sundhedsarbejde. 2. udgave)

Titlen på denne emnesektion i konferencen er jo: At bryde levevaner. Jeg stiller spørgsmålet: Hvorfor? Hvad vil vi opnå? Det gode liv/eller det sunde liv? Forskningen må absolut gå ind på disse spørgsmål. Og det må de sundhedspolitiske overvejelser også gøre.

Flere modelbetragtninger

Der findes andre forhold, som jeg gerne vil diskutere i

realition til figur 5. Figuren fokuserer på det handlende menneske. Man ser til venstre på figuren, at det handlende menneske kan forandre vaner og livsstil, kan forandre levevilkår som økonomi, bolig, arbejde, familiesituation og fysisk miljø - og kan forandre indsatsen i sundhedsvæsenet - det kan dreje sig om en forebyggende eller en behandlende indsats. Forand-

Jeg har gennem mange år bemærket, at offentlige beslutningstagere er relativt naive om deres tro på effekten af investerede midler

ringsprocessernes mål ses på døren til højre - det er det gode liv eller det sunde liv. Forandrings-processernes midler ses til venstre. Midlerne er altså vaner/livsstil, levevilkår, sundhedsvæsen. Når vi kender til målet, kan vi også diskutere midlerne.

Jeg ser det handlende menneske med i hvert fald tre dimensioner:

Første dimension: Det jeg selv kan gøre for min sundhed. Jeg kan ophøre med at ryge, begynde at motionere osv.

Anden dimension: Det jeg kan gøre som ansvarlig for mine børns opvækst. Jeg kan give mine børn en god sundhedsopdragelse, en familær sundhedsuddannelse, som en del af den samlede opvækst.

Tredie dimension: Deltagelse i organisationslivet, i det politiske liv, i græsrodsaktiviteter, dvs i samfundets fællesskab.

Jeg har her fokuseret på det handlende menneske. Såvel i den videnskabelige litteratur som i den politiske debat sættes der i stigende grad fokus på begreber som involvering af befolkningen, begreber som coping (mestring) og begeber som menneskebilledet i forebyggelsepolitikken. Det er forsømte elementer i forskningen. Gennem forskningsprocesser må vi lære mere om disse forhold.

Den viste figur er en populariseret version af mere tunge og komplicerede forsøg på at formulere en videnskabelig model for væsentlige elementer i folkehälsindsatsen.

Hvis vi inte blot fanatisk skal fokusere på at bryde levevaner, må levevanerne indplaceres i den rette folkehälsosammenhæng. Det er det, jeg har forsøgt med figuren. Gennem den rigtige grundforskning er det muligt at udvikle relevante teoretiske modeller for disse sammenhænge og for "health behaviour" (sundhedsadfærd).

Investering og effekt

Jeg har gennem mange år bemærket, at offentlige beslutningstagere er relativt naive om deres tro på effekten af investerede midler. Lad mig illustrere med et eksempel. En dansk kommune med omkring 20.000

indbyggere traf beslutning om at anvende ca 200.000 kr på en hjertekampagne, hvor man fokuserede på rygning, motion, kost etc. Forskellige informationsaktiviteter blev gennemført.

I et kontrolleret avelueringsdesign (8) kunne man vise, at ganske mange var opmærksom på de aktiviteter, som fandt sted. Man så imidlertid ingen forandring i sundhedsadfærd (rygophør eller lignende). Flere politikere, administratorer og folkehälsøeksperter fandt, at effekten havde været meget lille og utilstrækkelig.

Kort tid efter, at jeg blev konfronteret med disse sysnpunkter, var jeg til et selskab, hvor jeg talte med en reklamedirektør for et meget stort dansk ølbryggeri. Jeg fik her oplyst, at bryggeriet var interesseret i at erobre 1-2% af et udenlandsk ølmarked. Der skulle investeres flere hundre millioner for at opnå dette.

Samtalen udviklede sig bl a også til at diskutere offentlige beslutningstageres forventninger til investeringer i, hvad man kan kalde "livsstilsmarkedet". Det er jo vanvittigt, så små økonomiske midler vi investerer i folkehälsopolitikken i at forandre "livsstilsmarkedet" - at bryde levevaner - sammenlignet med de mere kommercielle sælgere af produkter på markedet. Og i folkehälsosarbejdet tror vi ovenikøbet på, at vore små investeringer kan få ekstra 10% til at ophøre med at ryge, ekstra 5% til at motionere osv. Vort offentlige, besluttende folkehälsosystem er efter min opfattelse relativt naivt, hvis man tror, at man med små investeringer kan få afgørende indflydelse på "livsstilsmarkedet". Så meget ved man i dag fra forskningen.

Elementer i en forandringsmodel

Jeg har tidligere diskuteret mulige modeller, der kan lægges til grund for forandringsarbejdet. Både forskningsmæssigt og i praktisk sundhedsformidlende forandringsarbejde bruger vi i stigende grad i Danmark en model med elementer, som fremgår af tabel 2.

Elementerne udspringer af en kombination af teo-

Tabel 2. Vigtige elementer i en forandringsmodel.

- * skabe opmærksomhed om problemstillingen
- * give viden og informere sagligt
- * iværksætte adfærdssædrende aktiviteter og træning
- * etablere et understøttende miljø
- Forandringsprocesserne må udspilles indenfor**
- * oplevelsen af et meningsfuldt liv
- * oplevelsen af at man har kontrol over sit liv
- * de sociale netværk

retiske overvejelser, empirisk evaluering og praktisk erfaring.

Via kampagnevirksomhed skabes sjældent mere end opmærksomhed og formidles viden. Hvis man vil lave egentlig adfærdssændring, er det også nødvendigt at iværksætte og tilbyde aktiviteter og træningsprogrammer, hvor det enkelte menneske på sin egen krop kan mærke konsekvenserne af den ændrede adfærd. Og et understøttende miljø på arbejdspladsen eller hjemme m v er en væsentlig forudsætning.

De senere års forskning har lært os at forandringsprocesserne ikke udspilles i et vakuum, men at de må foregå inden for oplevelsen af et meningsfuldt liv (engelsk: Sense of coherence), under oplevelse af at man har kontrol over sit eget liv og at forandringerne foregår i de sociale netværk.

Hvis de tre sidstnævnte betingelser ikke opfyldes, er det sandsynligt, at der ikke indtræder forandringsprocesser.

Konklusioner om prioritering

Det ingår i konferencen, at man også ønsker forslag til prioritering af den kommende forskningsindsats.

Inger Brännström har allerede konkluderet, at folkehälsforskningen bør være et tværvidenskabeligt område. Det er jeg enig med hende i. Inger Brännström har i sit indlæg især betonet problematiseringer - i mindre udstrækning lagt vægt på forslag. Derfor vil jeg afslutte med at præsentere de prioriteringsforslag, som jeg synes, at man i den videre svenske forskningsudvikling bør tage op.

1. For det første mener jeg, at det er meget væsentligt, at man investerer i grundforskning for at forstå og udvikle modeller og teorier for "health behaviour". Jeg præsenterede tidligere en populær model, som fokuserede på bl a det gode liv, det handlende menneske m v. Og jeg har ovenfor omtalt vigtige elementer i en forandringsmodel. En mere stringent videnskabelig for-

mulering af teori og modeldannelse er meget nødvendig for at kunne understøtte den fortsatte udvikling i folkehälsindsatsen i Sverige og internationalt.

2. Vi må have mere viden om sammenhængen mellem forandringsmetoder og disses effekter. Vi har stort behov i folkehälsindsatsen for at kunne give præcise råd om metode versus effekt.

3. Endelig prioriterer jeg en støtte til de mange forsøg og udviklingsarbejder, som findes i kommuner, i len, i forskellige fagprofessioner, og at der investeres i evaluering af praktisk forsøgsarbejde og udviklingsvirksomhed. Her vil vi kunne lære meget. Jeg kunne derfor anbefale Riksbankens Jubileumsfond at etablere en evalueringspulje.

REFERENSER

1. Sundhedsministeriet. Middellevetidsudvalget (1994): Børmedelighed i relation til fødsel og første leveår. Rapport nr 8. København.
2. *Helweg-Larsen K, Bille H, Iversen L* (1993): Pludselig uventet spædbarnsdød. SIDS. Udviklingen 1972-1992. Notet fra Sundhedsstyrelsen. København.
3. *Helweg-Larsen K* (1992): Pludselig uforklarlig spædbørnsdød - sudden infant death syndrome. Ugeskrift for Læger vol 154:3477-3482.
4. DIKE (1991): Sundhedstilstand. Sundhedsadfærd. Forebyggelseprogram. bilag til Sundhedsministerens redegørelse til Folketinget 1991 om regeringens forebyggelsesprogram. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi. København.
5. *Hansen H Rasmussen NKr, Poulsen J* (1994): Livsstilsudvikling i Danmark og visse andre lande, rapport nr 5. DIKE Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. København.
6. *Brännström I* (1993): Att bryta levnadsvanor-livsvillkor, kulturella normer och levnadsvanor. Föredrag vid Riksbankens Jubileumsfonds Seminarium "Vad bestämmer våra levnadsvanor", Stockholm den 17 februari 1993.
7. *Kamper-Jørgensen F* (1992): Analyse af sundhedsproblemer, I Kamper-Jørgensen F & Almind G (red) (1992): Forebyggende Sundhedsarbejde. 2 udgave, Munksgaard, København.
8. *Osler M* (1991): Evaluering af forebyggelse af hjertekarsygdomme i Slangerup. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Embedslægeinstitution for Frederiksborg Amt.