

Varför är människorna så ohälsosamma?

Mikael Sandlund

Tomas Svensson

Folk väljer i många stycken — trots god upplysning och hög materiell standard — en mindre hälsosam livsföring framför det sätt att leva som kan förmodas vara mindre skadligt.

Varför är människorna så ohälsosamma frågar sig Mikael Sandlund, läkare vid socialmedicinska institutionen, Umeå universitet och Tomas Svensson, forskarassistent vid primärvårdens planerings- och utvecklingsenhet i Eskilstuna.

Individernas beteende har stor betydelse för hälsa och sjukdom. Beteendet har del i etiologin till de sjukdomar som dominerar i dagens västerländska samhälle. De tillstånd som åsamkar samhället — och därmed individerna — de största kostnaderna i Sverige är bl.a. hjärt-kärlsjukdom, psykiska problem, olika skador, matsmältningsorganens sjukdomar och olika tumörsjukdomar (1). För var och en av dessa grupper av sjukdomar finns större eller mindre inslag av relation till individens livsstil och hälsobeteende. I detta perspektiv blir naturligtvis olika preventiva insatser angelägna, också mot bakgrund av kraven på kostnadsbegränsning inom sjukvården.

Frågor som har att göra med gränsen för individens valfrihet å ena sidan, och samhällets möjligheter att påverka och förbjuda hälsovådligt beteende å andra sidan är ofrånkomliga. "Paternalism" är det begrepp som brukar användas för att beteckna den medicinska professionens och samhällets agerande för att förmoda befolkningen att "förstå sitt eget bästa" (2). Diskussionen kommer i praktiken ofta att handla om vilken grad av paternalism som kan accepteras.

Den förebyggande medicinen innebär stora potentiella möjligheter att påverka både morbiditet och

mortalitet. Epidemiologisk forskning ger oss allt mer kunskap om sambanden mellan olika riskfaktorer och ohälsa. När det tex gäller hjärt-kärlsjukdom är det idag väletablerad kunskap att rökning, hypertoni och psykosociala faktorer kan innebära överrisker. En hel del resultat börjar också komma fram från framgångsrika interventionsförsök. Kunskap om relationen mellan livsstil och sjukdomsrisk bör vara tämligen allmän i befolkningen. De flesta vet att det inte är nyttigt att röka, att äta mycket mättat fett och att stressa.

De förebyggande insatsernas utfall blir dock i regel långt ifrån det teoretiskt optimala. Detta är självfallet ett naivt påstående. Historiskt sett har vi i dagens Sverige ett relativt hälsosamt beteende. Som exempel kan nämnas nedgången av cigarettökning under det senaste årtiondet och det aktuella intresset för motion och friskvård. Den fortgående ökningen av medellivslängd kan sannolikt delvis förklaras i termer av hälsosammare levnadsomständigheter. Men faktum kvarstår: folk väljer i många stycken, trots god upplysning och hög materiell standard, en mindre hälsosam livsföring framför ett sätt att leva som kan förmodas vara mindre skadligt. — Varför är människorna ohälsosamma?

För att försöka förstå diskrepansen mellan människornas vetskap om ett hälsosammare liv och det verkliga beteendet, livsstilen, ska vi betrakta "ohälsosamheten" med utgångspunkt från några olika teoretiska ansatser. Detta leder gärna in på "större" frågor, än vad som vanligtvis brukar diskuteras inom den preventiva medicinen. Det blir av intresse att fundera över människans natur. Etiska aspekter ligger också nära till hands (3).

Vi har valt att använda fyra olika ansatser för att belysa frågeställningen. Dessa ansatser är delvis konstruerade och inte ömsesidigt uteslutande:

.....
*Rökaren och den notoriskt överviktige söker
gång efter gång sin tröst i att förse sig med tröst
genom munnen*
.....

- I. Individen är formad av sin tidiga historia
- II. Individen är styrd av strukturella betingelser
- III. Beteende-teknologisk ansats
- IV. Individen är fast i sin onda tro

I. Individen är formad av sin tidiga historia

Psykoanalysen – och med psykoanalysen besläktad teori – förstår människans relationer, beteenden, symtom och självuppfattning mot bakgrund av antaganden om drift och drifts-tillfredsställelse (4). Beteenden har alltid en psykisk orsak – inget vi gör sker av en slump, även om orsakerna ofta är oklara och svårbegripliga för oss själva. Detta är tesen om den sk psykiska determinismen. Individens utveckling och liv handlar om att balansera driftsimpulserna – av vilka många via tabun och kultur blir förbjudna och ångestskapande – mot omgivningens krav från individens tidiga historia och framåt. Vi lyckas bättre eller sämre med lösandet av de olika konflikter som hör utvecklingen och vuxenblivandet till. Inga konfliktlösningar är fullständiga, utan vi kommer livet igenom att, av i regel omedvetna skäl, återupprepa och gång efter annan iscensätta de otillfredsställande konfliktlösningarna. Dessa har ofta sin upprinnelse mycket tidigt under barndomen. Detta fenomen som gör att vi tenderar att försätta oss i likartade och svårbemästrade situationer brukar kallas upprepningstvång.

Psykoanalytiska förklaringar kan användas för att förstå bristande hälsobeteende. Rökaren och den notoriskt överviktige söker gång efter gång sin tröst i att förse sig med tillfredsställelse genom munnen. Han eller hon strävar efter att insupa njutning med samma organ som tidigt i livet var det främsta instrumentet för både behovstillfredsställelse och protest. Det olämpliga i att äta fet mat och röka kan innebära en omedveten poäng, i det att trotsa socialstyrelsens varningar symboliskt får karaktären av överträdelse mot ett införlivat strängt och förbjudande föräldraobjekt.

Hur människor – mot allt bättre vetande och trots upplysning från läkare fortsätter att supa eller röka trots att livet är i fara, kan förklaras med jagets försvarsstrategier. Hotfulla intryck trängs bort från det medvetna, uppfattas "inte gälla mig", eller förnekas helt av individen.

Sigmund Freuds beskrivningar och tolkningar av hysteriska symtom är klassiska. Men psykoanalytisk förståelse sträcker sig numera även till att förklara psykosomatisk sjukdom – där sjukdomens art – tex högt blodtryck – mera sällan direkt avspeglar och symboliserar den underliggande problematiken. Psykosomatisk sjukdom uppstår när en persons tanke- och representationsförmåga inte räcker till för att uttrycka de känslomässiga konflikterna. Dessa individer har brister i förmågan att uttrycka vad de känner, och även brister i att "känna av" sitt känslomässiga läge. Det aktuella begreppet för denna störning är alexithymi (5). Ur utvecklingspsykologisk synpunkt ses alexithymi som en tidigt grundlagd störning. Den psykoterapeutiska behandlingen, i de fall där den är möjlig, måste ofta bli långvarig.

Människan är ur psykoanalytisk synpunkt styrd av drift – och av sina försök att tackla sin drift. Hennes handlingar är rationella, men ofta med starka inslag av omedvetenhet, vilket gör att de kan te sig djupt irrationella och obegripliga. Beteende är en ytnivå hos människan. Under ytan finns djupa lager som bestämmer beteendet – inget sker av en slump. Detta är preventionsarbetets dilemma – det sysslar alltför mycket med ytnivån: beteendet. Visst går det marginellt att förändra människornas beteende, men så länge som grundstrukturen inte förändras riskerar symtomet/det ohälsosamma beteendet att återkomma i annan form – symtoms substitution. Psykoterapi syftar till förändring av grundstrukturen. Det är en mödosam och tidskrävande behandling, vars mål kan bli – men inte behöver bli – hälsosammare beteende. Dynamisk psykoterapi har inte beteendeförändring som mål, utan emancipation och ökad relativ autonomi. Om terapin luckrar upp stela – men hälsosamma – överjagsförbud, kanske det ohälsosamma beteendet ökar i stället för att minska! En del ohälsosamma beteenden bottnar i djupgående personlighetsproblematik och då bör preventionsprogram vara verkningslösa, och kanske enbart ångestskapande i

onödan — kraften i det omedvetna och i upprepningstvånget är enorm och låter sig knappast påverkas via hälsouppllysning.

II. Individen är styrd av strukturella betingelser

Vi är som individer beroende av vår omgivning. Detta är trivialt. Sedan kan de strukturella faktorerna tillmätas varierande vikt. Det går lätt att finna samband mellan ohälsa och struktur (6). Sjukdomspanorama och mortalitetsmönster ser olika ut i i-världen jämfört med i u-världen. Även när man studerar förhållandena på nationell nivå, som i Sverige, finns det stora skillnader mellan olika socioekonomiska betingelser och morbiditet och mortalitet (7).

Människans livsstil och levnadsvanor är en avspeglning av samhällsstrukturen. Den enskilde individen saknar kontroll över produktionsmedlen och produktionsförhållandena — man är utelämnad åt marknadskrafternas spel. Dagens västerländska samhälls-ekonomi bygger på strikt arbetsdelning och expansionsinriktning, vilket medför att individen inte kan välja så mycket i sin livsstil. Lönearbete är ett krav för alla vuxna i familjen. De reproduktiva sysslorna i hemmet måste rationaliseras hårt för att hinnas med. Fritiden är också inrutad med konsumtionsinriktade verksamheter. Familjen hänvisas till industrins halvfabrikat. Självkänslan sjunker. Traditioner som förts vidare från generation till generation hur man förser sig med nöje och avkoppling, tunnas ut och hotar att försvinna. Kunskap om hur man tar hand om små barn måste läras ut av specialister — den förs inte längre på ett naturligt sätt vidare mellan generationerna.

De marknader som knyter an till livsstilen och mest direkt påverkar människornas hälsobeteende, som livsmedelsindustrin, tobaksindustrin, nöjesindustrin etc, är hårt monopoliserade och ofta multinationella. Dessa företag sprider sina stereotypiserade livsideal via medvetet manipulativ påverkan och via varuutbudet.

Varför är människorna ohälsosamma? Ja, de är fast i strukturen utan mycket av egen valfrihet och eget handlingsutrymme. Enligt denna marxistiskt inspirerade ansats är socialisationsprocesserna det som låser den enskilde i de rådande ramarna. I ett historiskt perspektiv är det inte svårt att finna belägg för

Utifrån det strukturella perspektivet kan den förebyggande medicinens problem formuleras som att effektivt preventionsarbete inte är preventionsarbete — utan politik.

denna koppling mellan individ och strukturella förutsättningar.

Vi kan idag iakttä hur hälsorörelsens propåer i lämpliga delar anammas av läkemedelsindustrin, som börjar sälja så kallade hälsoprodukter och ge ut böcker om hälsoarbete (8).

Utifrån det strukturella perspektivet kan den förebyggande medicinens problem formuleras som att effektivt preventionsarbete inte är preventionsarbete — utan politik.

Preventionsarbete kan bedrivas med omgivningsinriktad eller individinriktad tyngdpunkt. Omgivningscentrerad prevention (vi avser tex interventioner för att påverka utbudet av matvaror och minska tillgängligheten av alkohol) har vissa förutsättningar att vara framgångsrik, medan individorienterade preventionsprogram (tex hälsokontroll med riskfaktoringervention) riskerar att lägga skulden på den enskilde på ett orättvist sätt. I grunden är lösningarna politiska!

III. Beteendeteknologisk ansats

Denna "ansats" är ett försök att klumpa ihop en del mer eller mindre latent grundförutsättningar inom beteendemedicin, public health, hälsouppllysning, preventiva program etc (se till exempel handböcker som 9 och 10).

Det enklaste svaret på frågan om varför människorna är ohälsosamma är — att de är otillräckligt upplysta. Nu finns det väl ingen "i branschen" som nöjer sig med så enkla svar. Man kan se hälsosamhet/ohälsosamhet som motriktade krafter där det gäller att vinna kampen. Relationen antirökpropaganda till cigarettreklam utfaller ännu till ohälsans förmån. Och fortfarande är resurserna för prevention obetydliga jämfört med resurserna för kurativ medicin. De höga mål som framställs i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen och HS 90 utredningen är inte förverkligade.

Människan ses som i grunden rationell — tenderar

att välja det bästa alternativet om konsekvenserna blir klaggjorda och förstådda. Hon är också mottaglig för påverkan. Mycket av tidens trend i västerlandet tycks gå i riktning mot en ökat hälsomedvetande med åtföljande beteendeförändring, vilket kan tjäna som argument för denna uppfattning.

Det uppenbart irrationella i människans beteende i många situationer har på senare tid börjat intressera forskare med anknytning till beteendemedicinen. Även irrationellt beteende kan ha en logisk struktur. Utgångspunkten kan vara att se risktagande som en naturlig del i människans liv. Risker tenderar att bedömas olika av olika människor i olika situationer. Bedömning av risk är alltid subjektiv visavi en själv (11). Forskning med anknytning till risk och riskbeteende försöker etablera sig som mer eller mindre en egen vetenskapsgren. Benämningen "riskologi" har föreslagits (12). Detta är exempel på vad som med vår uppdelning i fyra ansatser, kunde kallas en "solistiserad beteendeteknologisk ansats".

Preventionssatser är sällan optimala, vilket kan förklara att de inte blir fullt effektiva. Ofta är preventionsprogram av tillfällighetskaraktär — de är alltför kortvariga och fläckvisa, de saknar tillräcklig konsekvens och uthållighet. Preventionsteknologin måste breddas och ges ökat utrymme. Den måste också förfinas; de stora problemen är av adherence eller compliance-natur. Budskapet når kanske inte fram som det ska. Det kan vara för ospecifikt, för moraliskt, alltför dåligt förankrat i människors vardagsliv etc.

Om utgångspunkten är att människan är rationell och påverkingsbar blir en viss paternalism oundviklig. Vissa grundantaganden — *hälsa före njutning, hellre preventiv medicin än kurativ medicin* — är centrala inom denna ansats. Vi kan inte alltid förutsätta att dessa grundantaganden delas av befolkningens flertal.

Den preventiva medicinens problem handlar framför allt om svårigheter med informationsöverföring och compliance. Manipulerbarheten är stor om man hittar de bästa teknologierna. Och egentligen är ju hälsoråden ofta enkla — se tex Breslows klassiska "levnadsregler" som korrelerar till fysisk hälsa (13).

1. Sov sju till åtta timmar varje natt.
2. Ät frukost varje dag.

Om utgångspunkten är att människan är rationell och påverkingsbar blir en viss paternalism oundviklig

3. Ät aldrig eller sällan något mellan målen.
4. Håll rekommenderad vikt.
5. Rök inte.
6. Använd lite eller ingen alkohol.
7. Bedriv regelbunden fysisk aktivitet.

IV. Individens fast i sin onda tro

Den existentiellistiska tanketraditionen har försökt besvara både moralfilosofiska och kunskapsteoretiska frågor som har med människans vara i världen att göra. Människans rationalitet, som psykoanalytiker-na problematiserar i termer av omedvetna motiv och konflikter, blir problematisk i sig hos existentiellisterna.

Människan är i grunden fri. Hon behöver inte vara fånge i sin tidiga historia, eller under något annat deterministiskt ok, men försöker undkomma sin frihet med olika medel. Vi lurar oss själva för att undgå kontakt med vår frihet. Detta självbedrägeri tar sig bla uttryck i det som Sartre kallar "ond tro". Ond tro är en lögn som till skillnad från de flesta osanningar inte är vänd till andra utan till mig själv. Ond tro är att anstränga sig att vara den man *inte är*, eller att *inte vara* den man är (14). Det kan vara att stänga in sig i en mängd "måsten" och "borden" — förklara att "jag måste" för att inte behöva välja själv (15). Att leva i och erfara den frihet som är människans predikament väcker ångest i existentiell mening. Denna försöker vi undgå, bli genom vår onda tro. Man kan ibland se cigarettörökarens eller alkoholists begär efter drogen som utslag av ond tro. "Eftersom jag är alkoholist måste jag supa och därför gör jag det." Valet — att supa eller inte supa — valfriheten, undanskaffas.

Varför är människorna ohälsosamma? — existentiellisten skulle nog fråga sig vem som har rätt att bestämma om vad som är någons annans ohälsosamhet eller hälsosamhet. — Friheten är individuell, paternalismen som finns i själva frågan skulle kännas stötande. Varför ska hälsa sättas före njutning? —

Existentialismen försöker förstå människan
som hon är — irrationell, svårförutsägbar, och
hon har nära till självbedrägeriet

Den som prioriterar hälsa, måste göra det efter eget val. Man kan inte en gång för alla förutsätta att hälsa innebär det högsta värdet för alla individer.

Individen är fast i sin onda tro, sitt självbedrägeri, men människans predikament är frihet. Friheten är individuell och obegränsad. Detta innebär en anteterminism, och anti-paternalism. Existentialismen försöker förstå människan som hon är — irrationell, svårförutsägbar, och hon har nära till självbedrägeriet.

Ett etiskt försvarbart och kanske framgångsrikt preventionsarbete bör inriktas på att påvisa alternativ för individerna. Detta kan kanske hjälpa mot en del ond tro — det finns valmöjligheter som jag tidigare inte trott fanns i mitt liv. Valet måste bli individens eget. Många kommer dock att välja att inte ändra hälsobeteende.

Slutord

Det är av betydelse för den förebyggande medicinen att metafrågorna får utrymme och kan diskuteras. Vi avser frågor som problematiserar människans beteende, som exempelvis berör relationen mellan individens attityder och hennes verkliga beteende — varför är människorna ohälsosamma?

— Vilka viktiga grundförutsättningar håller sig den preventiva medicinen med? Hur långt kan det förutsättas att dessa är allmänt accepterade?

— Är antagandet om människan som en rationell handlande agent den bästa metaforen för ett effektivt preventionsarbete?

En levande diskussion runt frågor av denna natur är viktigt för att bättre belysa effektivitet och compliance vid genomförandet och utvärderingen av preventiva program.

För att kunna gå vidare med att klargöra det förebyggande arbetets etik fordras ökad medvetenhet om vad som "ligger i botten" av den preventiva medicinen.

— Vilka tysta värden är förhärskande? Det förefaller oss som om det vi kallat "den beteendeteknologiska ansatsen", borde kompletteras med teorier om människans natur och hennes livsvillkor.

Psykoanalytiska och existentialistiska synsätt har sällan berörts i samband med preventivt arbete. Dessa traditioner som har focus på människans vara, borde kunna vara berikande. De strukturella aspekterna har av tradition spelat en viktig roll inom det samhällsmedicinska fältet. De har bidragit till att belysa frågor om ohälsans utbredning och orsaker i ett samhällsperspektiv. Inom "den beteendeteknologiska ansatsen" kan man notera ett ökat intresse för de mera grundläggande frågorna om människans natur och beteende.

REFERENSER

1. SOU 1984: 39, Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90).
2. *Gorovitz S et al* (eds): *Moral Problems in Medicine*, New Jersey 1976.
3. *Svensson T, Sandlund M*: *Ethical Problems, Intervention Stages and the Natural History of Disease* (publ i *Sc J of Soc Med* nr 4, 1990).
4. *Freud S*: *Orientering i psykoanalys*, Stockholm 1979.
5. *Basch-Kåre E*. Psykosomatiska sjukdomar, *Psykoterapicentrum*s tidskrift 7/83.
6. *Susser M, Watson W, Hopper K*, *Sociology in Medicine*, New York 1985.
7. Socialstyrelsen redovisar 1987: 15, *Folkhälsorapport 1987*.
8. *Spjuth S-O*: *Hälsan själv — en bok om aktiv friskvård*, CibaGeigy läkemedel AB 1983.
9. *Matarazzo JD, et al*: *Behavioral Health — A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, New York, 1984.
10. *Schneiderman N, Tapp JT* (eds): *Behavioral Medicine — The Biopsychosocial Approach*, New Jersey 1985.
11. *McDowell I*: Man the Risk Taker, *Am J Prev Med*, 1988 4(3): 172—177.
12. *Malmfors T*: Risk — ett mänskligt gissel eller livets krydda, *Folia Ciba-Geigy*, 4/87.
13. *Belloc N B, Breslow L*: Relationship of Physical Health Status and Health Practice. *Preventive Medicine* 1972, 1, 409—421.
14. *Sartre J P*: *Varat och intet*, Göteborg 1983.
15. *William-Olsson L*: *Diabetikers livsvillkor*, akad avh, Stockholm, 1986.