

**10 FORSLAG FRA FOREBYGGELSESKOMMISSIONEN:**

Regeringens forebyggelseskommission kom i sidste uge med sin rapport. Den rummer 52 konkrete anbefalinger. Her er 10 af dem:

- Forbud mod at ryge indendørs, undtaget i eget hjem
- Obligatoriske rygestopkurser i alle kommuner
- Højere afgifter på cigaretter
- Forbud mod synlighed af tobaksvarer på salgssteder

- Forbud mod kommerciel reklame for alkohol
- En times daglig motion til alle skolebørn
- Aldersgrænsen for salg af alkohol til unge hæves
- Højere afgifter på sukkerholdige fødevarer
- Afgift på mættet fedt udvides til mælkeprodukter
- Gratis frugt til alle børn i folkeskolen hver dag

Kilde: Forebyggelseskommissionen.

**KOMMENTAR**

# Forebyggelseskommissionens rapport er en ommer

FOREBYGGELSESKOMMISSIONENS RAPPORT, der blev offentliggjort i tirsdags, var imødeset med spænding. For da regeringen i november 2007 nedsatte kommissionen, var begrundelsen, at dens arbejde skulle bruges til at lancere en national handlingsplan for forebyggelse.

Rapporten kommer da også med en lang række anbefalinger. De kan hverken chokere eller overraske, for de må siges at være gængs viden inden for forebyggelsen. Og de vil næppe bringe Danmark frem i førerfeltet af de lande, vi gerne vil sammenligne os med.

Til trods for at rapporten er et digert værk på ca. 400 sider, når referenceliste og bilag fraregnes, gør den ikke noget forsøg på at give et blot tilnærmelsesvis globalt billede af forebyggelsesområdet, eller af hvordan international viden kan udnyttes optimalt i et land som Danmark.

I stedet udvælges enkeltelementer, uden at læseren får at vide, hvilke præmisser der ligger til grund for valg og fravalg. I gennemgangen af elementerne går forfatterne dog systematisk til værks med omtale af evidens, omkostninger og sundhedseffekter. Men det betyder, at rapporten bliver meget detaljeret. Meget af stoffet kunne enten være skrevet langt kortere eller være lagt i bilag. Læseren mister overblikket – og dermed interessen.

Og selvom opbygning og ordvalg signalerer videnskabelighed, bliver man som læser ikke overbevist. Hvordan har kommissionen afgrænset den viden, der benyttes i rapporten? Er der foretaget en systematisk litteraturgennemgang? Hvor er litteraturen søgt? Hvordan er den behandlet? Hvad tages med, og hvad udelades? Hvilke objektive kriterier har man brugt for valg og fravalg? Kommissionen har inviteret en række personer med viden inden for forebyggelse til at holde foredrag, foretage analyser og udarbejde delrapporter. Det er gode initiativer, men hvor er systematikken? Viden og litteratur på forebyggelsesområdet er i dag så omfattende, at folk, der ønsker at samle den, må gøre rede for deres præmisser.

Når enheden for medicinsk teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen udarbejder rapporter om behandlingsmeto-

**MM | Professor Torben Jørgensen**

Torben Jørgensen er ledende overlæge, professor, dr.med. ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden, Centret kombinerer forskning i årsager til kroniske sygdomme med udvikling af evidensbaserede forebyggelsesmodeller.

Torben Jørgensen er hovedansvarlig for landets hidtil største befolkningsbaserede videnskabelige undersøgelse, der bl.a. evaluerer effekten af screening og individuel livsstilsintervention på udvikling af kroniske sygdomme.

Torben Jørgensens forskningsaktiviteter har medført flere hundrede videnskabelige publikationer og foredrag samt vejledning af mere end 30 ph.d.-studerende. Han har deltaget i flere nationale og internationale forskningsprogrammer, planlægning af videnskabelige kongresser samt arbejdsgrupper vedrørende forebyggelse af kroniske sygdomme.

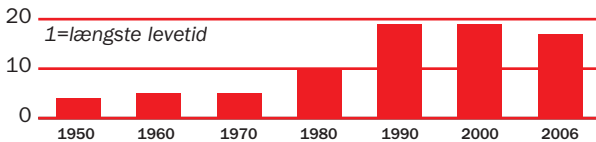
der, foregår det efter strikte kriterier. Det er ejendommeligt, at kommissionen ikke har skelet til den metodik. Som læser efterlades man med en fornemmelse af, at rapporten snarere er en opridsning af ti menneskers personlige mening om, hvad der er interessant inden for forebyggelse, end en evidensbaseret gennemgang af området.

Herudover vækker det bekymring, at det ikke er lykkedes kommissionen at formidle den større sammenhæng i forebyggelsesindsatsen. Det er efterhånden almen viden, at oplysningskampagner og individorienterede indsatser har begrænset selvstændig effekt, og at strukturelle tiltag (f.eks. forbud, prissætning og tilgængelighed) skal være det primære. Den tanke blev knæsat af WHO allerede i 80'erne med opfordringen til at gøre de sunde valg til de lette valg, og den blev videreudbygget i en rapport fra 2006, hvor det anbefales at tænke sundhed ind i alle politikker ("Health in all Policies").

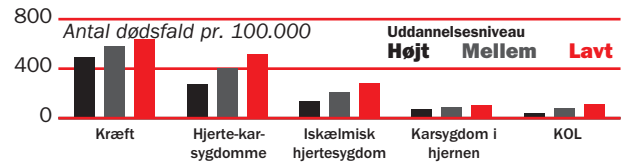
Strukturelle tiltag skal naturligvis kobles sammen med oplysningskampagner, så befolkningen forstår budskabet. Samtidig skal der gives individorienterede tilbud i det omfang,

**MM | Skæv sundhed og for tidlig død**

Danskernes placering på OECDs liste over levetid



Udvalgte årsagsspecifikke dødsrater for de 30-74-årige

**Figur 1:** Danskerne er sakked bagud i OECD, og de lavtuddannedes sundhed er ringere end de højtuddannedes.

Kilde: Forebyggelseskommissionen.

**KOMMENTAR**

det er nødvendigt. F.eks. skal rygere have tilbudt rygestopkurser, når der indføres restriktiv rygepolitik.

Det ville have klædt rapporten, hvis den havde været gennemsyret af den systematik. Det ville måske også have bidraget til at give politikerne en bedre forståelse af området. Specielt kunne de kombinerede forebyggelsesprogrammer i Californien og på norske skoler inden for rygeområdet have tjent som klare illustrationer af, hvordan forebyggelse i dag kan gribes systematisk an med god effekt. Men desværre drukner den slags i informationsoverload.

I rapporten svæver de fire klassiske livsstilsfaktorer – mad, bevægelse, tobak og alkohol – frit i forhold til hinanden. Det ville have klædt rapporten, hvis den havde klargjort, at de to livsstilsfaktorer mad og bevægelse er grundlæggende forskellige fra tobak og alkohol. De to første er livsnødvendigheder – uden dem dør mennesket. Tobak og alkohol er nydelsesmidler, som ikke er nødvendige for menneskehedens overlevelse. Problemer på de to områder skal derfor forebyggelsesmæssigt løses helt forskelligt. Samtidig er det kunstigt at behandle mad og bevægelse hver for sig. Det hjælper ikke i kampen mod fedmeepidemien.

Rapporten er meget fokuseret på sundhedsøkonomi, hvilket også lå i kommissoriet. Men måske har denne tilgang medvirket til at trænge selve forebyggelsesprincipperne i baggrunden. Kommissionen går endog så langt, at den vier et helt kapitel til at spekulere over, hvad det vil betyde for de offentlige finanser, hvis man øger levetiden gennem sygdomsforebyggelse! Den bør vi vist lige lade stå et øjeblik. Kunne man overhovedet forestille sig en tilsvarende beregning af sygdomsbehandlings konsekvenser for de offentlige finanser? Nej vel? Skulle den holdning, som sådanne beregninger afspejler, overføres til resten af vores samfund, så skulle vi stoppe al sygdomsbehandling, droppe hastighedsbegrænsninger, lade det være op til virksomhederne, om de ville efterleve arbejdsmiljøkravene og lade fødevarerindustrien selv stå for kontrollen. Det stedmoderlige forhold til forebyggelsesområdet er en evig kilde til undren. Der mangler i høj grad en etisk debat om denne problemstilling.

Og så er der alt det, som ikke kom med i kommissionens rapport. Den sociale ulighed f.eks. Den dukker op hist og pist, men hvor er den gennemgribende analyse af konsekvenserne af de forskellige forebyggelsestiltag i relation til ulighed i sund-

hed? Samlet set tyder litteraturen på, at hvis man lader stå til og lader det være op til den enkelte, så øges uligheden, hvorimod den mindskes ved systematiske og strukturelle tiltag. Den pointe burde have fået en langt mere fremtrædende plads i rapporten.

Og hvor er kommissionens betragtninger om fødevarerberigelsen? Et område med stort potentiale. Med et nyt EU-direktiv lukkes der nu op for fødevarerberigelse af produkter, der sælges i Danmark. Hvad kommer det til at betyde for sundheden? I Danmark blev der indført jodberigelse i 1998. Hvor er kommissionens vurdering af tiltagets effekt på stofskiftesygdomme? Hvilken viden findes der om berigelse med jern, b-vitamin, d-vitamin? Hvad med reduktion af salt i forarbejdede fødevarer – som andre europæiske lande er i fuld gang med at diskutere, og som kan reducere blodtryk og hjerneblødning? Det er helt naturligt, at en kommission ikke kan nå alt, men den burde i det mindste have redegjort klarere for sine prioriteringer.

Samtidig virker det som om, rapporten har mistet fokus undervejs. I stedet for at tegne de store linjer, fordyber den sig i detaljerede sundhedsøkonomiske betragtninger. F.eks. fremgår det, at den mulige vundne levetid ved forbud af alkoholreklamer med 2 pct. diskontering er 0,01 år! Er det interessant? Tror vi på dette tal? Næppe. Det er ærgerligt, for der er ingen tvivl om, at kommissionens medlemmer og sekretariat har udført et stort arbejde.

Fleere af de enkeltstående anbefalinger er som nævnt velkendte og ganske fornuftige. Men problemet er, at de ofte er revet ud af en større forebyggelsesmæssig sammenhæng. Stærkest står rygeområdet og til dels kostområdet, hvorimod behandlingen af de øvrige områder er præget af velmenende tilkendegivelser.

Rapporten gør det alt for let for politikerne at smygge sig uden om det essentielle og i stedet kaste sig over at gøre et enkelt af de mange punkter til deres politiske sag. Eller at benytte rygmarsvrefleksen og hyppige de politiske idealer om borgerens frihed til at leve, som han vil. Rapporten skulle have givet den overordnede forståelsesramme for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse og vist vejen for politikerne. Jeg er bange for, at det ikke er lykkedes.

MM

Torben Jørgensen | mm@mm.dk