

Små resultat av stora studier Brister i metoder och kompetens

Försöken att genom stora befolkningsprogram förebygga hjärt-kärlsjukdom har inte gett några säkra effekter på riskfaktorer eller förekomst av sjukdomar, utöver vad som åstadkommits genom allmänna förändringar i samhället. Ofta är studierna emellertid så dåligt uppbyggda och bristfälligt redovisade att det är omöjligt att mäta effekterna.

Den slutsatsen drar Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), som i samarbete med Folkhälsoinstitutet granskat de primärpreventiva programmen. Resultaten publiceras i SBU-rapport 134, »Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program». Läkartidningen återger en förkortad version av SBU:s sammanfattning och slutsatser.

Hjärt-kärlsjukdomar, i första hand hjärtinfarkt och slaganfall, är de främsta orsakerna till sjuklighet och död i västvärlden, och de drabbade kräver stora sjukvårdsresurser. Visserligen har dödligheten i dessa sjukdomar under de senaste decennierna minskat i västvärlden – i Sverige med cirka 30 procent – men det beror främst på att fler överlever vid hjärtinfarkt eller slaganfall, och inte på förebyggande åtgärder.

Endast åtta program uppfyllde projektets inklusionskriterier. Arbetet har begränsats till befolkningsprojekt som varit riktade mot flera riskfaktorer samtidigt och där förändringar i riskfaktorer, sjuklighet och dödlighet följts inte enbart i den befolkning som varit föremål för prevention utan också i en jämförbar kontrollgrupp. Endast resultat som redovisats i vetenskapliga tidskrifter har analyserats.

Mer än 200 riskfaktorer

Hjärt-kärlsjukdomarnas orsaker är endast delvis kända. Det rör sig om ett komplicerat samband mellan arv och miljö, där såväl skadande som skyddande faktorer interagerar. Över 200 möjliga riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom har identifierats. De är bättre kartlagda hos män än hos kvinnor.

Till de riskfaktorer som inte kan påverkas hör hög ålder, manligt kön och ärftlig benägenhet för hjärtinfarkt och slaganfall. De viktigaste av de påverkbara riskfaktorerna är rökning, blodfettssrubbnings- och högt blodtryck. Den största risken för insjuknande föreligger vid kombinationer av dessa riskfaktorer. Det finns övertygande vetenskapliga belägg för att risken att insjukna i hjärtinfarkt och slaganfall minskar när blodtrycks- och kolesterolnivåerna sänks och när rökningen upphör.

Andra riskfaktorer är diabetes, övervikt och bristande fysisk aktivitet. De senaste decenniernas forskning har visat att även sociala faktorer har stor betydelse.

Riskfaktornivåerna i den svenska befolkningen har förbättrats sedan 1970-talets början. Hos båda könen har såväl blodtrycks- som kolesterolnivåerna sjunkit. Andelen män som röker har stadigt minskat, medan rökningen har ökat hos unga och medelålders lågutbildade kvinnor.

Befolkningsbaserad prevention

Merparten av hälso- och sjukvårdens insatser riktar sig till enskilda individer som redan drabbats av sjukdom. I det samhällsbaserade arbetet försöker man i stället nå hela befolkningen med förebyggande insatser. Vanligast är olika former av kunskapsförmedling (dvs information om riskfaktorerna och hur de kan undvikas eller förändras), men man använder även andra åtgärder som lagstiftning (t ex försäljningsförbud för tobak till minderåriga) eller beskattning (t ex på alkohol och tobak). I lokalsamhället kan insatserna handla om att påverka lokala normbildare, engagera folkrörelser och studieförbund, påverka livsmedelshandel, restauranger, skolor och arbetsplatser.

Försök förändra livsstil

Den befolkningsinriktade preventionen mot hjärt-kärlsjukdom tar till stor del sikte på livsstilsförändringar bland dem som känner sig friska. Motiven för att ändra livsstil kan emellertid vara svaga när man inte har några symtom på sjukdom.

Alla människor inom en befolkning har inte heller lika stor nytta av förebyggande insatser. Det kan å ena sidan tänkas att nyttan av förebyggande åtgärder blir störst om man påverkar särskilt utsatta individer med många riskfaktorer.

Å andra sidan kan man hävda att den största nyttan nås om hela befolkningens riskfaktormönster påverkas.

Även om de som har flera riskfaktorer drabbas oftare av hjärtinfarkt eller slaganfall är de relativt få. Därför ger förebyggande insatser riktade enbart mot dem en relativt liten påverkan på det totala antalet insjuknanden i befolkningen.

Det är i den stora gruppen med måttligt förändrade riskfaktorer som de flesta drabbade finns. En sänkning av blodtrycks- och kolesterolnivån i hela befolkningen och en reduktion av andelen rökare skulle enligt detta synsätt vara de viktigaste åtgärderna för att hindra flest individer från att drabbas av hjärt-kärlsjukdom.

Åtta värderade projekt

Sedan 1970-talet har ett stort antal preventionsprogram med hela befolkningen som målgrupp startats. I flertalet av dem kombineras hälsoaktiviteter riktade till hela befolkningen med individinriktade aktiviteter där högriskindivider identifieras och erbjuds behandling.

Bland de åtta projekt som uppfyllt inklusionskriterierna i SBU-studien är Nordkarelenprojektet det i Norden mest kända. Sedan det startade 1972 har dödligheten i hjärt-kärlsjukdom minskat ungefär lika mycket i Nordkarelen och i övriga Finland. Den nedåtgående trenden hade dock inletts redan innan Nordkarelenprojektet påbörjades. Det är således tveksamt om några säkra effekter kan tillskrivas detta projekt.

Ett samtida amerikanskt projekt – Stanford Three Community Study – pågick under endast två år. Under denna tid minskade riskfaktornivåerna i de båda städer där programmet genomfördes medan nivåerna föga förändrades i kontrollbefolkningen.

Den vetenskapliga uppläggningsen av flera studier gör det svårt att utvärdera dem. Det gäller särskilt följande tre av de åtta värderade projekten. I Swiss National Research Program noterades färre rökare, men kolesterolnivåerna skilde sig inte jämfört med kontrollstäderna, och kroppsvikten ökade i interventionsstäderna. I detta projekt drevs de befolkningsinriktade förebyggande insatserna med låg eller måttlig intensitet. I ett stort tyskt projekt (German Cardiovascular Prevention Study) redovisades små förbättringar avseende

riskfaktorerna. I ett irländskt projekt (Kilkenny Health Project) ökade både diastoliskt blodtryck och blodkolesterolvärdena bland män i interventionsområdet.

Amerikanska 80-talsprojekt

Under 1980-talet startades tre stora amerikanska projekt. Stanford Five City-projektet antyder att en stödjande miljö med icke-rökande som norm kan minska rökningen. Resultaten är dock beroende av att upprepade undersökningar skett hos samma individer, något som kan öka deras benägenhet att sluta röka. I Pawtucket Heart Health Program åstadkoms inga påtagliga effekter. Resultaten ger föga stöd för att samhällsinsatser vare sig på individuell nivå eller på grupp-, organisations- eller samhällsnivå leder till sådana livsstilsförändringar att riskfaktorerna påverkas.

Det mest omfattande av de tre amerikanska 1980-talsprojekten är Minnesota Heart Health Program. Några statistiskt säkerställda effekter påvisades inte. Projektet är det enda som analyserat effekter på både sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. En nedgång i kranskärlsjukdom konstaterades, men den var lika stor i kontrollstäderna som i de samhällen där programmet genomfördes. Förekomsten av slaganfall var oförändrad i båda områdena.

Norsjöprojektet inte värderat

Ett mindre, svenskt befolkningsinriktat projekt har drivits i ett område med särskilt hög förekomst av hjärt-kärlsjukdom, nämligen Norsjö i Västerbotten. Preliminära analyser visar en snabbare sänkning av kolesterolnivåerna i Norsjö än i kontrollområdet, men resultaten är ännu inte publicerade. Därför uppfyller inte projektet inklusionskriterierna i denna översikt.

Skol- och arbetsplatsprojekt

Även sådana skol- och arbetsplatsbaserade projekt där man riktat preventionen mot flera riskfaktorer samtidigt har granskats. De visar att påverkan på riskfaktorer är möjlig i skolan, förutsatt att programmen är intensiva och långvariga.

Arbetsplatsstudierna är genomgående av svag vetenskaplig kvalitet. Det förefaller dock som om insatserna är mest effektiva i fråga om rökning.

Sjukvårdsbaserade interventionsprogram mot hjärt-kärlsjukdom, däribland flera svenska projekt inom primärvården, har granskats översiktligt. Genomgående har gynnsamma trender i riskfaktornivåer – åtminstone kortsiktigt – rapporteras. Som regel har jämförelsebefolkningar saknats varför pro-

grammens effekter inte kunnat värderas.

Psykosociala faktorer glömda

Trots ökande insikter om betydelsen av psykosociala förhållanden för sjukdom och död i kardiovaskulär sjukdom har dessa faktorer inte alls beaktats i flertalet av befolkningsprojekten.

Någon egentlig ekonomisk analys av de åtta projekt som uppfyller inklusionskriterierna är inte möjlig. I endast två projekt – Minnesota Heart Health och Nordkarelen – finns uppgifter som medger en grov bedömning av kostnaderna. Eftersom inget av projekten kunde visa någon säkerställd skillnad i sjuklighet eller dödlighet i hjärt-kärlsjukdom jämfört med kontrollbefolkningarna är det inte meningsfullt att uttrycka resultaten i termer av kostnadseffektivitet.

I Minnesotaprogrammet beräknades kostnaderna uppgå till cirka 40 miljoner kronor för ett femårigt projekt i ett samhälle med 50 000 invånare (omvandlat till dagens penningvärde).

Analysmetoder saknas

Trots de ambitiösa ansatserna i de stora samhällsprojekten har de sålunda visat mycket obetydliga resultat. Det vetenskapliga idealet för kliniska interventionsstudier – där människor slumpmässigt fördelas på interventions- och kontrollgrupp – innebär svårigheter när man försöker tillämpa det på samhällsbaserade projekt.

När hela samhällen och inte enskilda individer studeras, försämras bland annat förutsättningarna att genomföra statistiska analyser – det saknas helt enkelt goda vetenskapliga metoder för att analysera befolkningsstudier av detta slag. Även om man bortser från de statistiska metodproblemen kvarstår att skillnaderna mellan interventions- och kontrollområden i regel varit små utan klar tendens till de befolkningsinriktade programmens fördel.

En brist i de projekt som utvärderats är dessutom att informationen om interventionernas art och intensitet ofta är bristfällig. De stora variationerna gör det svårt att genomföra systematiska översiktsanalyser av de befolkningsinriktade programmens samlade effekter.

En förklaring till de nedåtgående trenderna i riskfaktornivåerna som fanns även i kontrollbefolkningarna i flera av studierna skulle kunna vara att information förs från projektområdet till kontrollområdet.

SBU:s slutsatser och rekommendationer

• Den negativa roll som rökning, högt blodtryck, ohälsosamma kostvanor, bristande motion och sociala fakto-

rer spelar för uppkomsten av hjärtinfarkt och slaganfall ifrågasätts ingalunda i denna kunskapsöversikt.

Däremot finns det inget vetenskapligt underlag för att starta nya storskaliga befolkningsinriktade förebyggande projekt mot sjukdomar i hjärta och kärl med den inriktning som här utvärderats. De åtta stora befolkningsprojekt som granskats har inte åstadkommit några säkra effekter på riskfaktornivåer eller sjukdomsförekomst utöver vad som skett genom de allmänna samhällsförändringarna.

I interventionsområdena har man visserligen ofta funnit gynnsamma förändringar av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och i ett par av projekten också en minskad dödlighet. Men likartade gynnsamma förändringar har noterats även i kontrollområdena.

• En lång rad försök med förebyggande insatser mot hjärt-kärlsjukdom pågår runt om i Sverige. De är sällan utplagda så att det är möjligt att värdera effekterna. Den vetenskapliga kompetensen måste stärkas inom projekten, så att effekterna verkligen kan bedömas och feltolkningar undvikas.

• SBU:s genomgång har blottlagt bristande stringens i utvärderingsansatserna och illustrerat att det finns ett stort behov av metodutveckling. Detta gäller såväl process- som effektutvärdering av de befolkningsinriktade förebyggande programmen. Inte minst behövs en analys av de sociala processer som gör det möjligt att påverka de stora folksjukdomarna.

• Det måste betonas att denna kunskapsöversikt gäller metoden att påverka hjärt-kärlsjukdom genom stora befolkningsinriktade förebyggande program med den uppläggning som de stora 1970- och 1980-talsprojekten haft. Det är viktigt att försöka förebygga sjukdom och att göra detta utifrån vetenskapligt baserad kunskap. De erfarenheter som vunnits i de granskade studierna kan vara en grund för att gå vidare med mindre omfattande och bättre fokuserade undersökningar av hur hjärt-kärlsjukdomar bäst skall förebyggas i befolkningen. •