

Risikoepidemien – to tiår etter

Michael 2010; suppl 9: 79–87.

Et framtrødende trekk ved moderne medisin er troen på sykdomsforebygging gjennom identifisering og reduksjon av risikofaktorer. Dette er blant annet synliggjort i en tiltakende publisering av artikler om risiko i medisinske tidskrift. For femten år siden ble dette fenomenet gitt navnet risikoepidemien i moderne medisin. I denne artikkelen beskrives risikoepidemien, sammen med bakgrunnen for oppdagelsen av den. Den opprinnelige publiseringen om den bygde på data fram til 1991. Her beskrives utviklingen av epidemien de to siste tiår. Hovedfunnet fra denne perioden er at de fleste artikler som er blitt skrevet om risiko opp gjennom historien er skrevet så langt i det 21. århundre. Kunnskapen som søkes gjennom den moderne medisinenes jakt på risiko kan oppfattes både som et gode og et onde, hvilket stiller oss overfor et betydelig dilemma.

I 1957 publiserte John Steinbeck boka *The short reign of Pippin IV: a Fabrication* (1), hvor hovedpersonens helsetilstand beskrives på følgende måte: «He was fifty-four, lean, handsome, and healthy in so far as he knew. By this I mean his health was so good that he was not aware he had it.» (s. 13). Drøyt halvveis i det 20. århundre ga denne typen opplevelse tilsynelatende ingen grunn til bekymring. Ved inngangen til et nytt årtusen vet vi imidlertid bedre. Gjennom ny teknologi for måling og monitorering av kroppens indre tilstander, koblet med epidemiologisk kunnskap, kjenner vi i dag til at Pippins kropp kunne skjule en tikkende bombe i form av ulike risikofaktorer. Å avsløre en tikkende bombe for derved å forhindre at den sprenges er utvilsomt en god gjerning. Å informere om tikkende bombers eksistens er imidlertid en mer tvetydig oppgave, for er det ikke selve kjernen i det som kalles terror å opplyse om tikkende bombers eksistens og opplyse at du aldri kan føle deg trygg?

Å gjøre folk oppmerksom på at de ikke nødvendigvis er så friske som det de tror, er et budskap helsetjenesten gjerne formidler, for eksempel gjennom invitasjoner til deltakelse i screeningundersøkelser. Intensjonen er åpenbart ikke å terrorisere, men å hjelpe folk til et lengre liv. Gode intensjoner gir imidlertid ingen fullmakt til å handle hemningsløst uten tanke for også de mulige negative konsekvenser.

Budskapet om at kroppen ikke er til å stole på fører til ulike reaksjoner hos mottakerne. Noen vil tenke at «dette angår ikke meg» og leve ufortrødent videre, mens andre blir handlingslammet av engstelse og ikke tør å ta imot en invitasjon til screening i frykt for hva den kan komme til å avsløre. Ettersom ingen av disse reaksjonene er særlig ønsket fra helsetjenestens side, har dette ansporet psykologer til å forske seg fram til det som er blitt omtalt som «tilstrekkelig bekymring» (2). En slik bekymring vil ut fra den rådende etos være akkurat passe, det vil si bidra til at folk oppfatter at dette i høyeste grad angår dem, samtidig som de ikke blir så skremt at handlingslammelse inntreffer. Hvorvidt det er helsetjenestens oppgave å påføre folk bekymringer, er imidlertid fortsatt et spørsmål åpent for diskusjon.

Menneskers kunnskap om egen sårbarhet i form av sykelighet og dødelighet er selvsagt ikke av nyere dato. Denne kunnskapen er blitt til gjenstand for ulike fortolkninger opp gjennom historien og på tvers av ulike kulturer. I denne presentasjonen skal jeg kort repetere noe av det som skjedde i siste halvdel av det 20. århundre. Historien er fortalt i to tidligere publikasjoner (3, 4), men disse fortellingene ligger nå henholdsvis 10 og 15 år tilbake i tid. Ettersom fenomenet historien omfatter fortsatt er voksende i omfang, gis det her en oppdatering om hva som er kommet til det siste tiåret.

Risikoepidemien – en personlig historie

Det finnes også en historie bak historien. På slutten av 1980-tallet arbeidet jeg på Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) med registrering av ulykker og nesten-ulykker med medisinsk-teknisk utstyr i norske sykehus. Noen års erfaring med dette arbeidet fikk meg til erkjenne at mye av det jeg mente å vite om risiko sannsynligvis var galt. På akademikerens vis foreskrev jeg da medisinen «lese mer» og begynte å søke etter relevant litteratur gjennom å søke på ordet «risk» i tittel og/eller abstract i Medline. Det tok ikke lang tid før et mønster viste seg: det ble mer og mer litteratur om risiko for hvert år som gikk. Systematisering av litteratursøkene avklarte at denne veksten ikke bare var et utslag av den generelle veksten i forskningslitteraturen eller endring i medisinsk terminologi, men var et fenomen som vokste med større kraft enn annen medisinsk forskning. Bosatt i et rolig hjørne av verden, i en tid da den forventede levealderen er på et historisk høydepunkt, ble det

et paradoks å oppdage at fokusering på risiko var raskt voksende. Temaet fascinerte og presentasjon av funnene på nasjonale og internasjonale konferanser viste de var publiserbare. Publiseringen av funnene vakte gjenklang, ikke nødvendigvis fordi oppdagelsen var spesielt original, mer fordi de på en systematisk måte kunne dokumentere det flere mente å ha observert i hverdagen. Kombinasjonen av tilfeldigheter og systematikk bidro til at jeg fikk gleden av å døpe barnet – risikoepidemien.

Risikoepidemien i medisinske tidsskrifter

Hovedfunnet fra det nevnte litteratursøket viste en betydelig økt forekomst av publiserte artikler om risiko i perioden 1967-1991, fra i underkant av tusen slike artikler på slutten av 1960-tallet til over 80 000 på slutten av 1980-tallet (3). Denne utviklingen gjaldt ikke bare for søk som omfattet hele databasen. Det samme mønsteret kom også fram når mindre søk for generelle medisinske tidsskrift og tidsskrift innenfor utvalgte medisinske spesialiteter som anestesilogi, gynekologi og obstetikk, og epidemiologi ble foretatt. Videre viste funnene at den samme tendensen gjorde seg gjeldende i Skandinavia, Storbritannia og USA.

Bakgrunnen for epidemien ble sporet i en historisk utvikling hvor framveksten av moderne vitenskap med utvikling av sannsynlighetsregning og epidemiologiens framvekst som sentrale elementer. Noe av det som tankemessig preget utviklingen var en markert overgang fra en fatalistisk preget forståelse til en mer handlingsorientert forståelse hvor mennesket i større grad tok kontroll over prosessene som skiller liv og død. En vesentlig premisse lå i muligheten for å tallfeste sammenhengene mellom måten folk levde sine liv på og hva de døde av. Det ble etter hvert mulig å forutsi hvilke faktorer som bidrar til sykdom og død, i hvert fall på befolkningsnivå, om enn ikke like presist for individer.

Videre brakte første halvdel av det 20. århundre med seg en rekke triumfer, som med rette eller urette, ble tilskrevet ulike medisinske tiltak. Disse triumfene bidro til å styrke troen på forebygging av sykdommer. Til sammen bidro disse historiske utviklingstrekkene til å rede grunnen for risikoepidemien, men det var en teknologisk utvikling som var direkte utløsende for det som ga kunnskapsutviklingen dens epidemiske preg, utviklingen av regnekraft.

Som det framgår av Tabell 1 viser det seg at risikoepidemien bare har vokst i styrke i tiårene som er gått etter den først publiserte observasjonen. Tallene gir grunnlag for å konkludere at det allerede i det første tiåret av vårt århundre er publisert like mange artikler om risiko i medisinske tidsskrifter som det ble publisert på hele 1900-tallet. Enkelt beskrevet kan

Tabell 1 Risikoepidemiens utbredelse 1967-2006

Publiseringsår	Risikoartikler	Publiserte artikler totalt	Risikoartikler %
1967-1971	990	1 029 289	0,1
1972-1976	6 485	1 160 317	0,6
1977-1981	23 190	1 298 885	1,8
1982-1986	44 077	1 487 893	3,0
1987-1991	81 586	1 802 671	4,5
1992-1996	100 576	2 139 834	4,7
1997-2001	154 702	2 465 177	6,3
2002-2006	243 387	3 126 896	7,8

risikoepidemien ses som et uttrykk for at det aldri tidligere i historien har levd så mange forskere med så mye regnekraft som har publisert så mange artikler om risiko som akkurat nå.

Øvrige forhold som kan ha bidratt til denne utviklingen er troen på evidensbasert medisin, hvor randomiserte kontrollerte studier står sentralt. Dette er en metode som er velegnet til å måle effekten av nye legemidler, hvilket gjerne dokumenteres i form av ulike former for risikoreduksjoner. I den angjeldende perioden har vi også sett en betydelig utvidelse av det farmasøytiske markedet, idet legemidler for de potensielt syke har vunnet store markedsandeler. Dette er illustrert gjennom det store antallet personer som faller inn under grensene for medisinske intervensjoner, slik disse er beskrevet i ulike medisinske retningslinjer (5, 6). En grunnleggende forutsetning for denne utviklingen ligger også i en betydelig økonomisk vekst, som gjør det mulig for rike samfunn å rette så stor oppmerksomhet mot friske menneskers potensielle sykdom.

Osteoporose – risikoepidemiens skjøre datter

Osteoporose er blitt betegnet som det 21. århundrets sykdom. For snart 200 år siden ble den beskrevet som en tilstand kjennetegnet av sprø bein (7). Femti år seinere ble den identifisert som en kvinnesykdom, som ble forklart som et utslag av kvinners tendens til å snuble i sine lange skjørt (8). Ved utbruddet at andre verdenskrig bidro den amerikanske legen Fuller

Tabell 2. Forekomsten av artikler om risiko og osteoporose

Publiseringsår	Osteoporose og risiko	Osteoporose	Risikoartikler %
1966-1970	0	1 258	0
1971-1975	4	1 411	0,2
1976-1980	55	1 305	4
1981-1985	164	1 689	10
1986-1990	522	3 099	17
1991-1995	1 297	5 069	26
1996-2000	2 637	8 076	33

Albright med forklaringen som har hengt ved siden, kvinner utvikler tap av beinsubstans etter menopausen (9). I de påfølgende tiårene konkurrerte flere ulike fysiologisk baserte forklaringer, men den moderne forståelsen falt på plass da osteoporosen etter hvert kunne tallfestes gjennom målinger av beinmasse. Gjennombruddet for den i dag dominerende forståelsen av osteoporose kom med Dexamaskinen i 1987, som gjorde beregningen av beinmasse rask, pålitelig og enkel, hvilket gjorde den anvendelig på store befolkningsgrupper (10). Derfra var veien relativt kort til WHO's ekspertgruppe som i 1994 fikk gjennomslag for en statistisk basert definisjon av tilstanden, hvor det å ha en beinmasse som avviker med 2,5 standardavvik fra normalen i en ung referansepopulasjon ble kriteriet på osteoporose (11).

Som det framgår av Tabell 2 reflekterer publiseringen av artikler om osteoporose et av de mest potente uttrykkene for risikoepidemien. WHO's definisjon viser også klart hvilken betydning statistikk kan ha i den moderne forståelsen av en tilstand som osteoporose. Benevnelsen tilstand er ikke tilfeldig valgt, idet det ikke nødvendigvis er åpenbart når det snakkes om osteoporose som en sykdom og når det snakkes om en risikotilstand (12). I dette reflekteres at risikobegrepet er en kilde som visker ut skillet mellom frisk og syk, og som bidrar til å føre mennesker over i den kroniske tilværelsen som Jostein Holmen har gitt navnet «risikant» (13).

Risikoepidemien – venn eller fiende?

Risikoepidemien framstår på mange måter som et paradoks, i det den er mest framtreddende i den rike del av verden hvor livet i gjennomsnitt leves

lengre enn de fleste andre steder og på de fleste andre tidspunkt i historien.

Begrepet risikoepidemi vakte primært gjenklang i deler av det allmennmedisinske miljøet og blant sosiologer innen helse- og sykdomssosiologi. Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) hadde på denne tiden startet sitt eget risikoprojekt, med utgangspunkt i egne praksiserfaringer rundt en tiltakende fokusering på risiko innen moderne medisin. Det ble gjennom prosjektet stilt spørsmål ved en utvikling som ble sett på som å føre til en situasjon hvor helsetjenestens ressurser ble flyttet fra de syke til de friske (14). Videre ble det uttrykt bekymring for nettopp de bekymringer som fokuset på risiko kunne føre til blant de friske som nå ble gjort oppmerksom på at de ikke nødvendigvis var det likevel.

Den sosiologiske interessen for risiko var allerede etablert gjennom Ulrich Becks beskrivelse av risikosamfunnet (15). Innenfor helse- og sykdomssosiologien var det imidlertid analyser inspirert av Michel Foucaults tanker som ble sentrale når det gjaldt å forstå hvilken betydning kunnskap om risiko har fått i våre liv (16, 17). Fra dette ståstedet utgjør kunnskap om risiko en sentral forutsetning for biopolitikken, som er blitt sentral i reguleringen av livene i det seinmoderne samfunnet. Sentralt i denne reguleringen er ansvarliggjøringen av borgerne for deres egen helse. Dette er en styringsform som er basert på at borgerne ikke primært styres gjennom påbud og forbud, men gjennom kunnskap om hvilke valg en rasjonell og god borger bør ta. Disse valgene er i helsesammenheng ofte basert på kunnskap om helse- og sykdomsrisiko.

En av de mest sentrale teoretikerne innenfor denne innfallsvinkelen er Nikolas Rose, som har inntatt en vesentlig mer positiv fortolkning av samfunnsutviklingen enn hva skeptikerne har gjort (18). Der hvor skeptikerne har fokusert på potensielt negative virkninger av risikoepidemien, fokuserer Rose på de positive effektene i form av større kontroll over livsprosessene og eget liv. Sammenliknet med den manglende kontrollen og fraværet av valg som har preget menneskeheten opp gjennom historien, betegner han vår nåværende situasjon som klart å foretrekke. Den nye situasjonen stiller oss overfor vanskelige valg, men totalt sett mener han dette er å foretrekke framfor den situasjonen menneskeheten historisk sett har vært stilt overfor.

En utbredt fortolkning av risikoepidemien er å betrakte den som en form for medikalisering, det vil si en prosess hvor ikke-medisinske problemer blir definert som og behandlet som medisinske problemer (19). Eksempelvis er risikotilstander som høyt kolesterol, høyt blodtrykk og lav beinmasse gjort til egne diagnoser som blir til gjenstand for medisinsk behandling.

Gjennom at utviklingen av slike tilstander settes i sammenheng med folks livsførsel, kan dette også betraktes som at det er selve livet som er blitt medikalisert (6).

I tidlige analyser av fenomenet medikalisering ble den sett på som et uttrykk for legeprofesjonens hegemoniske undertrykkelse av befolkningen. Nyere analyser har imidlertid påpekt at dette er en kraftig forenklet og lite troverdig framstilling av fenomenet (20). Legene tilskrives fortsatt en sentral rolle, men flere har også merket seg at den farmasøytiske industrien har inntatt en mer sentral rolle når det gjelder medikalisering (6, 18, 19). Sentralt i den nye forståelsen av medikalisering er at den er et resultat av samspill mellom ulike parter. Når livet er blitt gjort til et medikaliseringsprosjekt er dette et utslag av samhandling mellom aktører som leger, farmasøytisk industri, helsemyndigheter, massemedia, politikere, pasientorganisasjoner og vanlige borgere som alle tilsynelatende har en felles interesse i å fremme helse og bekjempe sykdom. Risikoepidemiens sterke appell er i så måte at den representerer ulike former for det som er blitt kalt håpets teknologi og at den i sterk grad er blitt knyttet til den høyeste form for fornuft – vitenskapelig evidens.

Medikalisering er gjerne et begrep det er knyttet negative fortegn til, som uttrykk for en uønsket utvikling. Rose har imidlertid karakterisert denne oppfatningen som en klisje (21). Fra hans ståsted har den medisinske utviklingen hatt en grunnleggende betydning for hvordan vi i dag forstår oss selv og våre liv. Han mener at dette i hovedsak har vært en positiv utvikling, men med noen negative utslag det er mulig å forholde seg kritisk til.

Så langt kan det derfor synes som at risikoepidemien kan sees på som både en venn og en fiende, hvor utfordringen er å finne den rette balansen. Hvor den er å finne vil utvilsomt bli gjort til gjenstand for debatt også i tiden framover. Da kan det være aktuelt å ha Skrabanek og McCormicks (22:44) ord i minne:

«Since life itself is a universally fatal sexually transmitted disease, living it to its full demands a balance between reasonable and unreasonable risk.»

Litteratur

1. Steinbeck J. *The short reign of Pippin IV: A Fabrication*. London: Penguin Books, 2000.
2. Lipkus IM, Kuchibhatla M, McBride CM, Bosworth HB, Pollak KI, Siegler HC, Rimer BK. Relationships among breast cancer perceived absolute risk, comparative risk and worries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9: 973-975.

3. Skolbekken J-A. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med.* 1995; 40: 291-305.
4. Skolbekken J-A. Risiko for sykdom – vår tids epidemi? I: Swensen E, red. *Diagnose risiko.* Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 98-113.
5. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202-208.
6. Skolbekken J-A. Unlimited medicalization? I: Petersen A, Wilkinson I, red. *Health, risk and vulnerability.* London: Routledge, 2008: 16-29.
7. Schapira D, Schapira J. Osteoporosis: the evolution of a scientific term. *Osteoporos Int.* 1992; 2: 164-167.
8. Gordan GS. Drug treatment of the osteoporosis. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 1978; 18: 253-268.
9. Albright FE, Smith PH, Richardson AM. Post-menopausal osteoporosis. *Association of American Physicians* 1940; 55: 298-305.
10. Griffith JF, Genant HK. Bone mass architecture and determination: state of the art. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2008; 22, 737-764.
11. WHO Study Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO technical report series, No 843. Geneva: WHO 1994.
12. Sjøgaard AJ. Osteoporose – risikofaktor eller sykdom? Definisjon, utbredelse, årsaker, diagnostisering og forebyggende tiltak. *Norsk Epidemiologi* 1992; 9: 165-172.
13. Holmen J. Medikamentell risikointervensjon – en omsorgsteknologi i krise? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1994; 114: 465-469.
14. Hetlevik I. Tilbake til de syke – forebygging på legekantoret i krise. I: Swensen E, red. *Diagnose risiko.* Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 52-72.
15. Beck U. *Risk Society. Towards a New Modernity.* London: Sage 1992.
16. Nettleton S. Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise. I: Petersen A, Bunton R, red. *Foucault, health and medicine.* London: Routledge, 1997: 207-222.
17. Petersen A. Risk governance and the new public health. I: Petersen A, Bunton R, red. *Foucault, health and medicine.* London: Routledge, 1997: 189-206.
18. Rose N. *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press 2007.
19. Conrad P. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press 2007.
20. Williams SJ, Calnan M. The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Soc Sci Med.* 1996; 42: 1609-1620.
21. Rose N. Beyond medicalization. *Lancet* 2007; 369: 700-702.
22. Skrabanek P, McCormick J. *Follies and fallacies in medicine.* Buffalo: Prometheus books, 1990.

Takk til Knut Fylkesnes som gjorde meg oppmerksom på sitatet fra Steinbecks roman.

*John-Arne Skolbekken
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet
7491 Trondheim
john-arne.skolbekken@ntnu.no*