

Bör folkhälsoråd ges generöst?

Alltför högt ställda krav på det vetenskapliga underlaget kan hämma preventionsarbetet

En analys av de rekommendationer från USA som betraktas som preventionens »bibel» visar att det inte bara är vetenskap som avgör vilka hälsopreventiva rekommendationer som skall utfärdas till en befolkning. En – kanske hädisk – slutsats är att alltför högt ställda krav på det vetenskapliga underlaget kan hämma de preventiva insatserna.

De i dagsläget troligen bästa och mest välunderbyggda rekommendationerna avseende hela preventionspanoramata är sannolikt »Guide to clinical preventive services. Report of the US Preventive Services Task Force» från 1996 [1]. Mot bakgrund av 6 000 referenser och konsultation hos 700 experter har man graderat totalt 744 rekommendationer avseende styrkan hos såväl den vetenskapliga bevisningen som preventionsrekommendationerna.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har också visat ökande intresse för preventionsområdet på grundval av evidensbaserad medicin [2].

»Preventionsbibeln» analyserad

När jag 1997 recenserade den amerikanska »preventionsbibeln» i Läkartidningen [3] väcktes mitt intresse för att göra en mer systematisk djupdykning i boken genom att datorisera materialet för en bearbetning. Detta är möjligt genom underlagets strikta systematik. Jag har utnyttjat de 744 rekommendationerna, men också gjort en något mindre detaljerad gradering av preventionsåtgärder, som då blir 456 till antalet.

Stark vetenskaplig bevisning bedöms finnas i 29 procent av rekommendationerna (Tabell I), men andra skäl

Tabell I. Procentuell fördelning av 744 preventionsrekommendationer (1996). Bearbetning av Guide to clinical preventive services [1].

	Styrkan av preventionsrekommendationer				
	Stark	Måttlig	Svag	Bör ej ingå	Alla
<i>Styrkan av vetenskaplig bevisning</i>					
Stark	8,9	8,2	10,2	1,8	29,0
God	12,2	16,0	15,9	3,6	47,7
Svag	0,4	4,7	14,0	4,2	23,3
Alla	21,5	28,9	40,1	9,6	100,0

gör att totalt endast 8,9 procent av dem dessutom får en stark rekommendation. Enbart vetenskapen blir alltså inte avgörande.

29 procent av preventionsrekommendationerna innebär rådgivning om livsföring etc, alltså prevention genom någon form av beteendeförändring.

De rekommendationer som vilar på det starkaste vetenskapliga underlaget fördelar sig på ett tjugotal olika grupper i befolkningen, där gravida och barn inte oväntat dominerar.

En något grövre uppdelning av preventionsinsatserna – 456 i stället för 744 – med den högsta vetenskapliga kvaliteten (179 av 456) i åtta större sjukdomskategorier ger följande resultat: 105 infektionssjukdom, 26 skada, 16 genetisk missbildning, 6 cancer (här rekommendationer enbart för kvinnor!), 2 hjärt-kärlsjukdom. Här finns ingen grupp i kategorierna psykiska eller sinnesorganens sjukdomar! Kategorin »övriga sjukdomar» täcktes av 22 rekommendationer.

Få passerar nålsögat

En slutsats av denna bearbetning torde bli att om man ställer höga krav på både vetenskaplig bevisning och praktisk rekommendation inom preventionen passerar endast ca 10–30 procent nålsögat. Att tyngdpunkten blir på infektioner, inte på multifaktoriella sjukdomsgrupper som cancer, hjärt-kärlsjukdomar och psykiska sjukdomar är påtagligt.

Och ändå, en – kanske hädisk – slutsats är att alltför stora krav kan hämma preventionsinsatserna. Denna paradox

kan dock balanseras med bättre och mer långsiktiga utvärderingar [4], på detta område som färgas av förhoppningar, motsägelser, ett svärfångat faktaunderlag, tidsoptimism och för litet teori.

Referenser

1. Guide to clinical preventive services. Report of the US Preventive Services Task Force. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996 (ISBN 0-683-08508-5).
2. SBU. Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. SBU rapport nr 132, 1997.
3. Allander E. Välskriven preventionsbibel. Läkartidningen 1997; 94: 989.
4. Allander E, Lindahl BIB. Why is prevention so difficult and slow? Scand J Soc Med 1997; 25:145-8.

Författare

ERIK ALLANDER
professor emeritus i socialmedicin,
Huddinge sjukhus.