

# Evidensbaserad folkhälsa: är den möjlig? Om värderingar, vetenskap och dynamiska effekter.

## Anders Jeppsson

Forskare, läkare, med dr, magister i folkhälsovetenskap, fil mag i socialantropologi. Socialmedicin & global hälsa, Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds Universitet, CRC, 205 02 MALMÖ. E-post: anders.jeppsson@med.lu.se

Evidensbaserad medicin är baserad på evidens, inte ekvivalent med evidens. Andra faktorer som ”beprovad erfarenhet” spelar också en roll. Evidensbaserad hälsopolicy påverkas av fler faktorer, som behov, resurser och värderingar. Värderingar ligger till grund för alla policies. Det är viktigt att vara tydlig med vad som är evidens och vad som är värderingar, och hur värderingar påverkar evidens.

Evidence-based medicine is based on evidence, and is not the equivalent of evidence per se. Other factors, such as “clinical experience” also play a role. Evidence-based health policy is influenced by several factors, such as needs, resources, and values. All policies are based on values. It is crucial to be clear about what is evidence and what are values, and how values influence evidence.

## Inledning

Evidensbaserad medicin (EBM) innebär att vård och behandling av den enskilda patienten bör ske på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet. En definition av EBM lyder: ’integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research’ (Sackett et al., 1996). Det är värt att notera, att det handlar om en process där olika typer av forskningsresultat vägs in och integreras med andra faktorer, ”beprovad erfarenhet”. På samma sätt kan en evidensbaserad ansats användas när det gäller grupper av patienter

eller hela populationer. Vi talar då om evidensbaserad management, evidensbaserad folkhälsovetenskap eller evidensbaserad policyutveckling (Gray 2004). Som exempel på hur evidensbaserad policy lett till praktiska interventioner kan nämnas screening av PKU, screening av cervixcancer och mammografi i Sverige.

Evidensbaserad medicin innebär således inte en mekanisk återkoppling av forskningsresultat i den kliniska praktiken. Det är här ”beprovad erfarenhet” kommer in. Andra faktorer vägs in. Medan rent biokemisk och fysio-

logisk forskning väger tungt gentemot den enskilda klinikerns erfarenhet, är ofta den kliniska erfarenheten betydligt rikare och mångfacetterad inom andra områden. Medicin handlar om interaktion mellan vårdgivare och patient, där själva konsultationen är utgångspunkten. Det är svårt att etablera forskning som i tyngd mäter sig med den individuella kliniska erfarenheten när det gäller att förstå den enskilda patientens livserfarenhet, lidande och livssituation.

Evidensbaserad medicin är således *baserad* på evidens, inte *gjord av* den. Andra faktorer spelar också en betydande roll.

## Evidensbaserad public health (EBPH)

Från att ha utvecklats ur klinisk medicin, har idén om att grunda handling på evidens spridits i vidare kretsar. Ett sådant exempel är försöken att muta in folkhälsovetenskap som tema för att i högre utsträckning basera verksamheten på evidens. En svårighet som då uppträder är metodologin. Medan EBM har utvecklats med kliniken som bas, kräver EBPH att även annan vetenskap tillämpas. Brownson och medarbetare (2003) anger särskilt därvid behovet av beteendevetenskaplig teori, programplaneringsmodeller och systematiskt användande av data- och informationssystem. I båda fallen handlar det att nå en så hög nivå av visshet som möjligt, men beroende på kontexten ser vägarna dit olika ut. Jämfört med EBM kännetecknas EBPH av mindre volym av evidens,

längre tid från intervention till resultat, mindre formell utbildning för yrkesverksamma inom fältet, beslut tagna av team snarare än individer och observations- och kvasiexperimentella studier snarare än experimentella sådana (Brownson et al, 2003)

## Evidensbaserad hälsopolicy (EBHP)

Steg till evidensbaserad hälsopolicy (EBHP) innebär ytterligare ett steg i ökad abstraktionsnivå och komplexitet. Medan klinikern ställs inför utmaningen att väga forskningsresultat mot egen erfarenhet, är situationen mer komplex för beslut som rör policies. Det finns helt enkelt fler faktorer som måste vägas in. Samtidigt har allmänheten större insyn i de beslut som fattas. Dessa beslut påverkar fler människor, vilket också ökar kraven på att de skall kunna motiveras sakligt. När det gäller policies är det främst behov (t ex sjukdomsburda, BoD) och *värderingar* som de politiska beslutsfattarna ska väga in. Dessa faktorer skall ställas mot *resurser*, och resulterar i *prioriteringar*. Dessa kan ses antingen som ransonering av begränsade resurser, eller som kraftsamling av resurser där de kan göra mest nytta. Om politiska beslut fattas om att utestänga vissa åldersgrupper från t ex mammografi eller screening av cervixcancer, är detta ett resultat av att andra faktorer än strikt kliniska har vägts in. Det hjälper då föga att man som kliniker menar att det finns stöd för att vissa grupper borde få komma med.

Evidensbaserad medicin fungerar på två nivåer. Dels handlar det om att skapa evidens, alltså genom forskning. Detta är forskarens primära uppgift. Den andra nivån är att översätta existerande evidens från forskning och litteratur (Davies 1999) till praktisk verksamhet. Detta handlar om att bedöma relevans, vilket i sig baseras på värderingar.

Själva evidensen brukar mätas med olika effekt- och kvalitetsmått. När man började prata om evidensbaserad medicin på 1970-talet handlade interventioner om att ”göra saker billigare” och att ”göra saker bättre” (Gray 2004). Tillsammans blev dessa båda principer till att ”göra saker rätt” på 1980-talet. Det rörde sig om strukturella reformer och ändrad finansiering. På 1990-talet började man mer prata om att ”göra rätt saker”, vilket handlade om att ”göra mer gott än ont”, alltså en benevolens- och non-malevolensprincip. Under 2000-talets första decennium har man syntetiserat dessa principer till att ”göra rätt saker rätt”. Detta handlar alltså både om *vad* man gör och *hur* man gör det.

I detta sammanhang bör det betonas, att effektmått inte bara handlar om att mäta effekterna inom hälsosektorn, utan även mäta hur ett förbättrat hälsoläge påverkar andra sektorer. Den övergripande frågan är vad det innebär att folk är friska, och vilken roll hälsan spelar för en hållbar utveckling.

Under 1990-talet var en av de stora frågorna inom global hälsopolicy vilka faktorer som påverkade hälsan. Frågan blev aktuell främst efter det att Världsbanken med sin World Development Report 1993 *Investing in Health* tog initiativet i policydebatten. Man hävdade i rapporten att hälsa var en produkt av offentliga policier, stödjande miljöer och en privat hälso-marknad.

Under det nya millenniets första år har det producerats allt fler rapporter, som behandlar det omvända sammanhanget: hur hälsan påverkar andra sektorer i samället. Främst har WHO's Commission on Macroeconomics and Health, med Harvardekonomen Jeffrey Sachs som ordförande, varit en motor i detta arbete (CMH 2001). Det finns idag en betydande dokumentation som beskriver hur ett gott hälsostatus påverkar den ekonomiska utvecklingen. Bland annat har nutida historieforskning belyst sammanhanget mellan förbättrad folkhälsa, nutritionsstatus och sjukdomskontroll å ena sidan och den ekonomiska utvecklingen i Japan på 1800-talet, Storbritannien under den industriella revolutionen, Sydeuropa och Ostasien på 1950- och 1960-talen, å den andra (Fogen 1997). Poängen med detta är, att en investering i hälsa och utbildning inte kan mätas enbart i termer av förbättrad hälsa eller kunskap, och därmed enbart som en utgift, utan de ”dynamiska” effekterna måste också vägas in. Något retoriskt kan man säga, att ett sjukt och obildat folk inte kan bli rikt. Medan den sociala sektorn med utbildning och

hälso- och sjukvård av t ex Världsbanken setts som belastningar för en ekonomisk utveckling (vilket lett till att Världsbanken och Internationella Valutafonden tvingat låntagarländer till nedskärningar genom så kallade structural adjustment programs) är det därför riktigare att se den sociala sektorn som en *tillgång* och en *förutsättning* för ekonomisk utveckling.

## Värderingar

Evidens är inte lika med värderingar. Det har funnits en tendens att dölja värderingar bakom evidens. Ofta har policyelement tagits för givna, trots att evidens saknas.

Exempel: Uppfattningen att sjukvård skall vara geografiskt tillgänglig och finnas inom rimligt avstånd, oavsett om man bor i tätort eller på landsbygden, tas av de flesta som självklar. Denna bygger emellertid mindre på evidens än på värderingar. Uppfattningen grundas på solidaritetsprincipen, dvs att alla människor lever under risken att bli sjuka eller råka ut för olyckor, och att sjukvård bör vara tillgänglig för alla. I Sverige stipulerar Hälso- och sjukvårdslagens (HSL 1982) portalparagraf, att vård ska ske på lika villkor. I allt fler länder tummar man emellertid på denna princip. Världsbanken har förespråkat ett tudelat system med en privat sjukvård för folk som har råd att betala, och en offentlig sjukvård av lägre kvalitet för fattiga (denna princip har ibland kallats "poor services for the poor"). Även om få länder har drivit genom en så konsekvent tudelad modell (USA torde vara ett av de länder som ligger närmast denna "idealmodell"),

har man i många länder infört variationer på detta tema.

Gränsen mellan värderingar och evidens är långtifrån alltid klar. Medan vi stöder åsikten att hälso- och sjukvården bör få tillräckliga resurser, även i fattiga länder, är detta dels ett uttryck för en värdering, men också ett konstaterande att evidens talar för att stöd till sociala sektorer medför positiva effekter inom andra sektorer, bland annat för den ekonomiska tillväxten.

Det finns anledning att reflektera över i vilken utsträckning dagens vårdvalsreformer i Sverige överensstämmer med HSLs riktlinjer om lika vård på lika vård. Evidens för att så skulle bli fallet saknas hittills, medan värdebaserade argument hittills dominerat (Bergqvist 2008).

## Hälsosektorreformer

Under de sista decennierna av förra seklet uppstod en rörelse för att reformera hälsosektorn i såväl låginkomst- som höginkomstländer. Ursprunget till denna rörelse varierar, men två källor är särskilt urskiljbara: Storbritannien under Thatcher och Världsbanken på 1990-talet. Medan reformerna i Storbritannien har påverkat denna "reformrörelse" främst i höginkomstländer, inklusive Sverige, har Världsbanken varit den dominerande policyutvecklaren på den globala hälsoarenan.

Världsbanken har gått i spetsen för att genomföra olika "reformer" i fr a fattiga länder. Ordet reform för tankarna till att ett system som inte fungerar

så bra ska bli bättre. Medan Berman (1995) definierar hälsosektorreformer som ”långsiktig, avsiktlig förändring för att förbättra effektivitet och jämlikhet i hälsosektorn”, menar emellertid kritiska röster, att reformer så som de drivits av Världsbanken inte betyder annat än ”marknadsledda interventioner i hälso- och nutritionssektorn” (Schuftan och Dahlgren 1999). När Världsbanken driver frågan att sjukvården bör privatiseras är denna ansats inte grundad på evidens utan på värderingar. Man hävdar att privat sjukvård skulle vara mer effektiv (vilket i sig är diskutabelt), och använder effektivitet som värdemätare. Att det finns andra värdemätare, som jämlikhet, dvs att sjukvård skall vara tillgänglig för alla, bortser man ifrån. Likande frågor som varit på dagordningen i den globala hälsodebatten har varit decentralisering och sjukhusautonomi. I båda fallen har Världsbanken själv samlat material som visat sig inte stödja åsikten att dessa skulle leda till en bättre service för medborgarna. Snarare talar Världsbankens egna publikationer för motsatsen. Men när det gäller frågan om privatiseringar har man har löst (?) detta genom att beskriva att man ser privatiseringar som ett medel att skapa och utvidga marknader (WDR 2004). Detta är ju också Världsbankens mandat.

Medan evidens samlas av ekonomer, epidemiologer och folkhälsovetare, beskrivs ofta behoven av folkhälsovetare. Olika tekniker, som ”Burden of Disease”, DALYs etc har utvecklats för att mäta behov i gemensamma ”valutor”. Värderingar, däremot mäs-

te formuleras av befolkningen, eller, i praktiken, av dess valda representanter, alltså politikerna.

## Global hälsopolicy

En intressant företeelse är, att det finns en internationell utveckling av hälsopolicy som betonar värden som solidaritet, jämlikhet och deltagande, t ex det s k Tallinn Charter (2008), samt jämlikhet i hälsa, empowerment och att lyfta fram sociala determinanter för hälsa, t ex den s k Marmotkommissionen (WHO 2009). Samtidigt driver andra krafter fram marknadsliberala interventioner som inte relateras till sådana grundläggande värderingar (Homedes & Ugalde 2005). Detta är en av de mest betydelsefulla motsättningarna inom dagens globala hälsopolicyutveckling.

## Konklusion

Evidensbaserad hälsopolicy skapar förutsättningar och miljö där evidensbaserad medicin kan utvecklas och äga rum. All policy är i olika hög utsträckning baserad på värderingar. Det är viktigt att klargöra vilka värderingar som ligger till grund för olika alternativ i policyprocessen. Värderingar har dessvärre ofta har dolts bakom föregiven evidens. Många av de s k reformer, som påtvingas hälso- och sjukvårdssystemen i fattiga länder bygger ofta på nyliberala värderingar men saknar i hög utsträckning evidens.

Det är viktigt, att stödja arbetet på att i ökande utsträckning göra hälso-policy evidensbaserad, men att också inkludera värderingar som jämlikhet och solidaritet i detta arbete.

Effektmått på interventioner i sociala sektorn, t ex i sjukvård, bör även innefatta andra samhällssektorer. Hälsovärdets roll för en sund ekonomisk utveckling bör bedömas, och såväl utbildnings- som hälsosektorn bör ses som en tillgång för en ekonomisk utveckling i stället för en belastning. För en sådan syn menar jag att det finns övertygande evidens.

## Referenser

- Bergqvist K (2008). Mindre jämlik vård med värddval, befarar läkare. *Läkartidningen* 28-29:105;1999
- Berman P (1995), Health sector reform: making development sustainable. *Health Policy* 37:13-27
- Brownson, RC, Baker, EA, Leet TL & Gillespie KN (Eds.)(2003) *Evidence-based Public Health*. New York: Oxford University Press.
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH) (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Geneva: WHO; [http://www3.who.int/whois/cmh/cmh\\_report/report.cfm?path=cmh,cmh\\_report&language=english](http://www3.who.int/whois/cmh/cmh_report/report.cfm?path=cmh,cmh_report&language=english)
- Davies P (1999) What is evidence-based education? *British Journal of Educational Studies* Vol. 47. No. 2, June 1999
- Fogel R W (1997) New findings on secular trends in nutrition and mortality: Some implications for population theory in Rosenzweig M R & Stark O (eds.) *Handbook of population and family economics*, vol 1a. Amsterdam: Elsevier Science 1997:433-471.
- Gray JAM (2004) Evidence based policy making. *BMJ* 329:988-989
- Gray V (1973) Innovation in the states: A diffusion study. *American Political Science Review* 67(4):1174-1185.
- Homedes N & Ugalde A (2005) Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, Volume 71, Issue 1, pp 83-96.
- Hälso- och sjukvårdslag. *Svensk Författningssamling* 1982.
- Sackett DL, Rosenberg W, Gray JAM, Haynes RB, Richardson W (1996), Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312, 71-71
- Schuftan C, Dahlgren G (1999), Health sector reform measures: are they working? And where do we go from here? ICHSRI, [www.insp.mx/ichsri/news/hanoi.html](http://www.insp.mx/ichsri/news/hanoi.html)
- The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO Ministerial Conference on Health Systems, Tallinn 25-27 June 2008. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf> (accessed 2009 November 8)
- World Bank (1993) *Investing in Health*. World Development Report 1993, Washington
- World Bank (2004) *World Development Report 2004*, Washington.
- World Health Organization: Reducing health inequities through action on the social determinant for health. WHA 62.14. Agenda item 12.5 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf) (accessed 2009 November 8)