

Prevention, evidens och statens reträtt: En syntes av Trumpadministrationens folkhälsopolitiska paradigmskifte

Donald Trumps presidentperioder, inklusive den pågående andra mandatperioden, har inneburit ett genomgripande skifte i USA:s folkhälsopolitik. Förändringarna har ofta beskrivits sektorsvis – klimat, global hälsa, reproduktiva rättigheter och vaccination – men framträder vid närmare analys som uttryck för ett sammanhängande paradigm. Kärnan i detta paradigm är inte motstånd mot enskilda åtgärder, utan en omdefinition av statens kunskapsansvar, evidensbegrepp och roll i förebyggande arbete.

Denna syntes knyter samman tre områden som under det senaste året påtagligt förändrats – miljö- och klimatpolitik, global SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) via USAID samt inrikes kvinnors och barns hälsa – med den förändrade vaccinationspolitiken under hälsominister Robert F. Kennedy Jr. Tillsammans visar de hur evidenskrav, RCT-logik och individualiserat ansvar används för att legitimera statlig reträtt från prevention.

Från strukturell risk till individuellt ansvar

Trots sina sakliga olikheter delar klimatpolitik, global SRHR, kronisk sjukdoms-prevention och vaccination ett avgörande kännetecken: de är populationsbaserade interventioner, vars huvudsakliga effekter uppstår på samhällsnivå och över tid. De hanterar risker som är kollektiva, förutsägbara och i grunden politiska.

Trumpadministrationens politik har i samtliga dessa områden präglats av samma rörelse: strukturella risker omtolkas som individuella val, statliga rekommendationer ersätts av återhållsamhet, evidensosäkerhet lyfts fram selektivt och ansvar flyttas från institutioner till individer. Detta mönster är tydligt inom klimatpolitiken, där hälsoeffekter av luftföroreningar och värme i ökande grad exkluderats från federala beslutsunderlag trots stark evidens för samband med hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom och graviditetskomplikationer [1–3].

Vaccination som modellfall för preventionens delegitimering

Vaccinationspolitiken fungerar här som ett koncentrerat exempel – ett prisma genom vilket hela paradigmskiftet blir synligt.

Under Trumpadministrationens andra mandatperiod har CDC:s vaccinationsrekommendationer i ökande grad omformulerats bort från tydliga nationella ställningstaganden, till förmån för ”shared clinical decision-making”.

Förändringen presenteras som respekt för autonomi och informerat samtycke, men innebär i praktiken att staten drar sig tillbaka från normgivning även vid smittskydd, där kollektivt agerande är avgörande.

Vaccination är inte en preferenskänslig medicinsk intervention bland andra, utan ett skolboksexempel på en populationsbaserad preventiv åtgärd, där effekter som flockimmunitet och indirekt skydd inte kan reduceras till individuella risk–nytta-bedömningar [4, 5].

Empiriska data visar att även små minskningar i vaccinationstäckning kan leda till återkomst av sjukdomar som mässling och kikhosta [5].

Det centrala här är inte vaccinskepsis i sig, utan misstro mot institutionell kunskap. Expertkonsensus framställs som potentiellt korrumperad, och starka rekommendationer ses som ett hot mot autonomi. Därmed blir frånvaron av rekommendationer inte ett misslyckande, utan ett normativt ideal.

Evidenskrav och RCT-logik som politiskt instrument

Detta mönster återkommer tydligt i hur evidens används i folkhälsopolitiken. Under Trump andra mandatperiod tillämpas ett snävt evidensbegrepp, där frånvaron av perfekta randomiserade kontrollerade studier (RCT) används för att ifrågasätta preventiva insatser, samtidigt som långt mer begränsad evidens accepteras för individualiserade behandlingar.

RCT-metodiken är central för utvärdering av avgränsade kliniska interventioner, men är otillräcklig som ensam grund för bedömning av komplexa folkhälsoinsatser [6,7]

Vaccinationsprogram, klimatpolitik och SRHR-insatser verkar genom sociala system, institutionell tillit och långsiktiga dynamiker som inte kan fångas i klassiska experimentella designer.

WHO och folkhälsovetenskapen har därför länge betonat behovet av evidenssynteser som inkluderar observationsstudier, naturliga experiment, modellering och historiska jämförelser [6,7]

När RCT-logik ändå används som överordnat kriterium innebär det inte inte vetenskaplig stringens, utan en förskjutning av bevisbördan som systematiskt missgynnar prevention [8].

Vaccinationspolitiken illustrerar detta tydligt: trots decennier av ackumulerad evidens ifrågasätts breda rekommendationer med hänvisning till kvarvarande osäkerheter – osäkerheter som är ofrånkomliga i alla komplexa samhällsinterventioner.

Paralleller till klimatpolitik och global SRHR

Samma evidenslogik återfinns i klimatpolitiken. Osäkerhet i långsiktiga modeller används som argument för politisk passivitet, trots överväldigande samlad evidens för klimatförändringars allvarliga hälsokonsekvenser [1,2]

Att vänta på perfekta kausala bevis blir därmed ett sätt att legitimera uteblivna åtgärder.

I global SRHR-politik via USAID används en liknande strategi. Restriktioner mot abortrelaterat arbete motiveras inte med bristande effekt, utan med ideologisk misstänksamhet och selektiv evidensgranskning. Samtidigt bortses från robusta studier som visar ökade aborttal, fler oönskade graviditeter och försämrad mödr hälsa när stödet dras tillbaka [9-11]

I samtliga fall används osäkerhet inte för att förbättra policy, utan för att underminera statligt ansvar.

Delat beslutsfattande som statlig reträtt

Begreppet ”shared decision-making” fungerar i detta sammanhang som en ideologisk brygga. I klinisk medicin är det ett legitimt verktyg vid behandlingar där flera rimliga alternativ finns och där patientens värderingar är centrala [3]. Men när begreppet används som ersättning för nationell normgivning i folkhälsan sker en avgörande begreppsförskjutning.

Vid vaccination, klimatrelaterad hälsoprevention och SRHR är riskerna kollektiva, kunskapen populationsbaserad och konsekvenserna långsiktiga. Att i dessa sammanhang överlåta ansvaret till individen innebär inte empowerment, utan institutionell abdikation, med ökande ojämlikhet som följd.

Den svenska kontrasten: institutionell prevention och tillit

I europeisk – och särskilt svensk – folkhälsopolitik är utgångspunkten den motsatta. Prevention betraktas som ett legitimt statligt ansvar just därför att riskerna är kollektiva och förutsägbara. Evidens förstås som en syntes av vetenskapliga, epidemiologiska och etiska överväganden, snarare än som en hierarki där RCT utgör den enda giltiga grunden [8,12].

Svenska vaccinationsprogram motiveras av samlad kunskap och försiktighetsprincip, med tydligt fokus på jämlikhet och skydd av sårbara grupper [13]

Autonomi förstås inte som frånvaro av rekommendationer, utan som möjlighet att fatta beslut inom ramen för institutioner som är värda förtroende.

Slutsats

Trumpadministrationens folkhälsopolitik utgör ett sammanhängande paradigmskifte där evidenskrav används för att individualisera risk, försvaga institutioner och reducera statens ansvar. Vaccinationspolitiken under Robert F. Kennedy Jr. är inte ett avsteg från denna linje, utan dess tydligaste uttryck.

I grunden handlar detta om vilket samhällskontrakt som ska gälla. Ett där staten tar ansvar för att hantera kollektiva risker med bästa tillgängliga kunskap – eller ett där staten drar sig tillbaka, misstror sina egna institutioner och lämnar individen ensam med konsekvenserna.

Prevention är inte ett tekniskt tillval. Den är en del av demokratins infrastruktur. När den monteras ned, sker det inte i evidensens namn, utan i politikens.

Referenser

1. World Health Organization. Climate change and health. WHO; 2023.
2. Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change. *Lancet*. 2023; 402:2346–2394.
3. Bekkar B, Pacheco S, Basu R, DeNicola N. Association of air pollution and heat exposure with preterm birth, low birth weight, and stillbirth. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e208243.
4. World Health Organization. Immunization Agenda 2030. WHO; 2020.
5. Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, deHart MP, Halsey N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med*. 2009; 360:1981–1988.
6. World Health Organization. Evaluating complex public health interventions. WHO; 2014.
7. Hoyert DL. Maternal mortality rates in the United States, 2022. *NCHS Data Brief*. 2024;489.
8. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:119–127.
9. Center for Reproductive Rights. The Global Gag Rule: A comprehensive review of its impact. New York; 2024.
10. Brooks N, Bendavid E, Miller G. USA aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e1046–e1053.
11. Stevenson AJ. The impact of abortion-related policy shifts on women's health. *Stud Fam Plann*. 2021; 52:17–36.
12. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research. *BMC Med*. 2018; 16:95.
13. Folkhälsomyndigheten. Nationella vaccinationsprogram i Sverige. Stockholm: FHM; 2023.

Lars Weinehall

Senior professor i allmänmedicin och epidemiologi

Inst Epidemiologi och global hälsa,

Umeå universitet

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.63537>