

Folkhälsoarbetets mål I: Den relevanta individvariabeln

Bengt Brülde

I den förra artikeln försökte jag visa att frågan "vad är folkhälsa, och hur ska den mätas?" kan förstås på två sätt: som en beskrivningsfråga eller som en indexfråga. Jag försökte också visa att den senare frågan är intimt relaterad till den normativa frågan om folkhälsoarbetets yttersta mål: Vilka "värden" bör folkhälsoarbetet försöka förverkliga eller maximera? Denna fråga kan delas i två: (a) Frågan om den relevanta individvariabeln: Exakt vad bör folkhälsoarbetet (ytterst) försöka förbättra för de relevanta individerna? (b) Frågan om folkhälsoarbetets distributiva mål: Vilket slags fördelning av de relevanta individvariablerna bör folkhälsoarbetet eftersträva? Bör man t.ex. försöka reducera alla ojämlikheter i hälsa, eller bara de ojämlikheter som kan betraktas som orättvisa?

Frågan om den relevanta individvariabeln behandlas i denna artikel, och den distributiva frågan i den tredje och sista artikeln. Dessa frågor kommer i hög grad att behandlas separat, men inte helt. Det går nämligen inte att komma fram till en rimlig sammanfattande individvariabel om vi inte inkorporerar vissa distributiva överväganden i detta mått, t.ex. tankar om hur olika levnadsår och hälsovinster ska viktas.

Bengt Brülde är docent i praktisk filosofi vid Göteborgs universitet (GU). Han är verksam som universitetslektor på Filosofiska institutionen, GU, samt vid Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Väst.

Kontaktinfo: Bengt Brülde, Filosofiska institutionen, Göteborgs universitet, Box 200, 405 30 Göteborg, E-post: bengt.brylde@phil.gu.se

Inledning

Vilka slags förbättringar bör folkhälsoarbetet (ytterst) försöka åstadkomma för de relevanta individerna? Det finns många möjliga svar på denna fråga, t.ex. att man bör försöka förebygga sjukdom och skada, förlänga liv, eller främja hälsa eller livskvalitet. Enligt min mening behöver mål som autonomi och "empowerment" inte behandlas separat i detta sammanhang, då de antingen ingår be-

greppsligt i livskvaliteten eller den psykiska hälsan, eller snarare hör till målet att skapa goda förutsättningar för hälsa. Man kan också hävda att dessa utfall endast är önskvärda i ett folkhälsoperspektiv i den mån de bidrar till en bättre hälsa eller ett längre liv (jfr Tengland 2006). Låt oss först titta närmare på den individvariabel som används flitigast i folkhälsosammanhang, nämligen (den förväntade) livslängden.

Att förlänga liv

Hur länge vi lever har onekligen betydelse, inte bara för oss själva utan även i ett folkhälsoperspektiv. Men hur stor betydelse har det, och på vilket sätt? En nyckelfråga här är huruvida alla levnadsår ska värderas lika högt oberoende av när under livscykeln de inträffar, eller om olika levnadsår istället bör betraktas som olika viktiga eller värdefulla. Det är möjligt att alla (hälsosamma) levnadsår är lika värdefulla för den person det gäller, men det är långt ifrån säkert att alla levnadsår bör ges lika stor vikt i ett folkhälsoperspektiv.

Det finns åtminstone fem möjliga svar på denna fråga:¹

- (1) Varje levnadsår är lika värdefullt (givet en viss acceptabel hälsoliv).
- (2) Ju äldre en person är, desto mindre

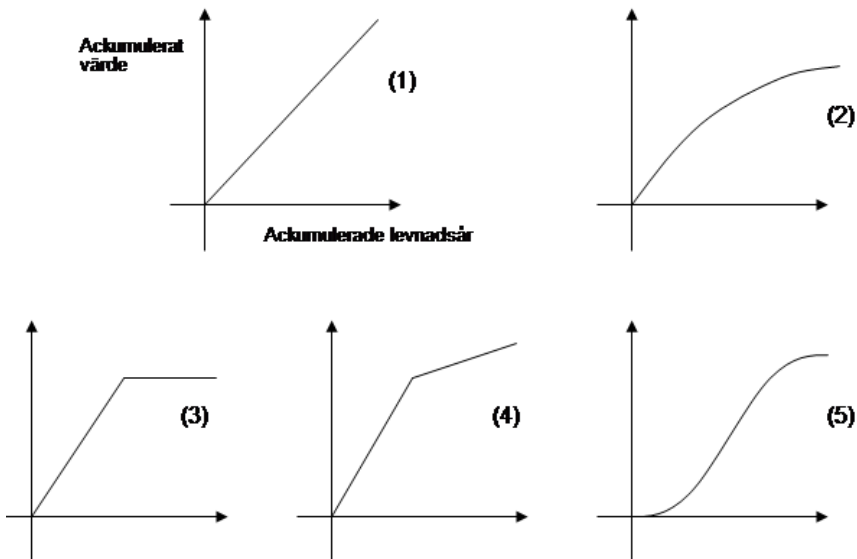
är ett extra levnadsår värt, dvs. livslängdens marginalvärde minskar med ökande ålder.

(3) Efter en viss ålder (t.ex. 75) har ytterligare levnadsår ingen vikt alls i ett folkhälsoperspektiv. (Denna tanke finns inbyggd i de epidemiologiska mått som räknar förlorade levnadsår, relativt en godtyckligt bestämd mål-ålder.)

(4) De levnadsår som inträffar efter en viss ålder har ett visst värde, men detta värde är mindre än vad det är innan denna ålder.²

(5) Alla dessa fyra synsätt kan modifieras som följer: Ett levnadsår har mindre värde i livets början, t.ex. därför att vi saknar viktiga förmågor i denna ålder.

Enligt min mening är en kombination av (2) och (5) den rimligaste



Figur 1. Grafiska representationer av positionerna (1)-(5). Notera att måttet på x-axeln är livslängd (ackumulerade levnadsår) och att måttet på y-axeln är ackumulerat värde. Om man istället hade angett värdet för varje enskilt levnadsår hade t.ex. (1) representerats som en platt kurva, medan kombinationen (2) + (5) hade representerats som en upp och nedvänd U-formad kurva.

ståndpunkten (i ett folkhälso- eller populationsperspektiv). (1) är knappast rimlig, då den implicerar att vi bör satsa lika mycket folkhälsoresurser på att 80-åringar ska bli över 85 som att 40-åringar ska bli över 45. (4) är rimligare än (3) då den sätter ett visst värde på levnadsår i hög ålder, men den är inte lika rimlig som (2), då den liksom (3) lägger alldeles för stor vikt vid en godtyckligt bestämd målålder.

Sammanfattande mått som kombinerar "kvalitet" och "kvantitet"

Den förväntade livslängden är inte den enda relevanta individvariabeln i detta sammanhang, det har också betydelse hur hälsosamma (goda, etc.) våra liv är. Och vi kan inte utan vidare anta att alla levnadsår är hälsosamma, speciellt inte i rika länder, där ökning- ar i livslängd inte alltid beledsagas av förbättringar i hälsa eller livskvalitet. Folkhälsoarbetet bör inte enbart syfta till att maximera människors förväntade livslängd, utan bör också försöka arbeta för att våra levnadsår är hälsosamma år med hög kvalitet. Detta innebär att vi behöver ett komplext mått som inte bara tar hänsyn till hur långa våra liv är, utan även till vilken "kvalitet" (i vid mening) som dessa liv har.

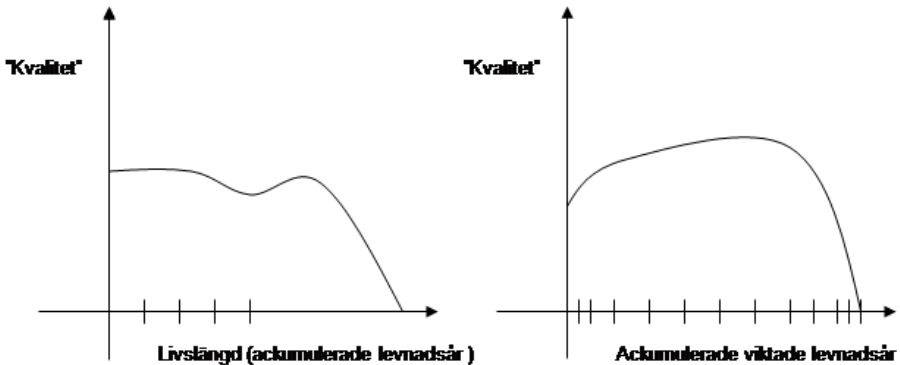
Det enklaste måttet av denna typ får vi om vi räknar antalet levnadsår med "full hälsa" eller "hög kvalitet". Här ges hälsa (etc.) och livslängd lika stor vikt, dvs. ett år med full hälsa värderas lika högt som två år med 50 procent av full hälsa (vad nu detta kan betyda). Det finns flera mått av denna

typ, t.ex. QALY (kvalitetsjusterade levnadsår), HALE (förväntad hälsosam livslängd) samt DFLE (förväntad livslängd med full funktion). (Mått som DALY tar i stället fasta på hur många hälsosamma år man har förlorat relativt en viss standardiserad livslängd.) Kombinerade mått av denna typ kan konstrueras genom att man representerar varje liv grafiskt. Den relevanta "kvalitetsvariabeln" representeras på y-axeln och antalet (viktade) levnadsår på x-axeln. (se figur 2) Det relevanta måttet får vi genom att mäta ytan under grafen, en yta som alltså dels beror på individens livslängd och dels på hur "hälsosamma" eller "goda" hennes levnadsår är. Det är denna yta som ska maximeras.

För att ett sådant mått ska bli tillräckligt precist måste åtminstone två frågor besvaras: (i) Vilken är den relevanta "kvalitetsvariabeln", dvs. vad exakt ska representeras på y-axeln? Är det verkligen hälsa, eller är det snarare livskvalitet eller hälsorelaterad livskvalitet? (ii) När denna fråga är besvarad måste vi också fråga oss hur skalan (på y-axeln) ska kalibreras, t.ex. vilka hälsonivåer som ska räknas som full hälsa eller 50 procent av full hälsa. I denna artikel ligger fokus på (i), men först några ord om hur y-skalan kan och bör kalibreras.

Denna fråga handlar i hög grad om hur olika hälsovinster bör värderas i ett folkhälsoperspektiv, en fråga som är analog med frågan om hur vi bör värdera olika levnadsår beroende på när under livscykelns de inträffar. Det finns åtminstone fyra möjligheter här:

(1') Varje hälsovinster av en viss storlek



Figur 2. Ett exempel på hur en grafisk representation av ett liv kan se ut i en hälsokontext. Notera att måttet på x-axeln är antalet viktade levnadsår i den högra figuren, och att dessa vikter kan representeras genom att de mera värdefulla åren görs ”bredare” (och därmed ges större vikt när ytan under grafen ska räknas ut).

har samma värde, oberoende av var på hälsoskalan den inträffar.

(2') Ju bättre hälsa en person har, desto mindre är en viss hälsovinst värd, dvs. hälsan har ett avtagande marginalvärde.

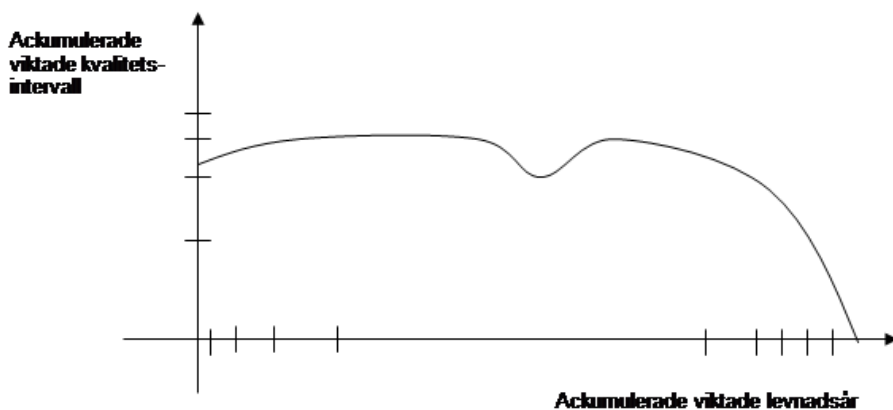
(3') När en viss hälsoliv är uppnådd, t.ex. ”acceptabel hälsa”, då saknar ytterligare hälsovinst betydelse i ett folkhälsooperspektiv. Folkhälsoarbetet har inte som uppgift att göra något alls för dem som har uppnått och kan förväntas ligga kvar på denna nivå.

(4') Förbättringar över acceptabel hälsa har ett visst värde, men dessa hälsovinst är mindre värda än hälsovinst under denna nivå.

Enligt min mening är (2') det rimligaste alternativet. Om denna tes inkorporeras i HALE-tankens får vi följande version av denna tanke: Vi representerar återigen varje liv grafiskt, i form av en kurva. Antalet (viktade) levnadsår är fortfarande representerade på x-axeln, men y-axeln är inte längre någon vanlig hälsoskala,

utan en viktad hälsoskala, alternativt en skala som mäter värdet på olika hälsoliv (och hälsovinst). Det är ytan under denna graf som vi ska försöka maximera, dvs. viktade HALE, QALY eller liknande.³ (se figur3)

Låt oss nu återgå till frågan om vad exakt som ska representeras på y-axeln. Det kanske mest naturliga svaret på denna fråga är hälsa. Det finns emellertid flera olika idéer om vad hälsa är (Brülde och Tengland 2003). En vanlig tanke är att hälsa är detsamma som frånvaro av sjukdomar, skador och defekter, och att främja hälsa i denna mening är samma sak som att försöka förhindra sjukdom och skada. (Detta mål är för övrigt centralt oavsett vilket hälsobegrepp man omfattar.) Låt oss därför först titta närmare på detta mål.



Figur 3. Ett exempel på hur ett liv kan representeras grafiskt om vi söker ett mått på viktade QALY eller HALE. Notera att måtten på x-axeln respektive y-axeln båda är viktade, vilket kan representeras genom att de mera värdefulla levnadsåren respektive ”kvalitetsintervallen” görs ”bredare” (och därmed ges större vikt när ytan under grafen ska räknas ut).

Att förebygga sjukdom och skada

Att förhindra sjukdom i vid mening (jfr engelskans ”malady” eller ”disorder”) är onekligen ett rimligt mål för folkhälsoarbetet. Men för att veta exakt vad detta mål går ut på måste vi veta hur det vida sjukdomsbegreppet ska definieras, dvs. hur man bör dra gränsen mellan patologiska och icke-patologiska tillstånd. Av utrymmes-skäl är det inte möjligt att göra några djupdykningar i sjukdomsbegreppet, men man kan notera att det idag finns en ganska stor enighet om att sjukdomar bör betraktas som fysiska eller psykiska tillstånd eller processer (t.ex. underliggande fysiologiska störningar) som typiskt ger upphov till olika typer av icke önskvärda symtom (se Brülde och Tengland 2003, Brülde 2003a). Enligt detta synsätt är ett tillstånd en sjukdom (i vid mening) om och endast om (a) det är dåligt, i första hand då för personen som befinner

sig i tillståndet, och (b) den omedelbara orsaken till symtomen är ett inre tillstånd eller en inre process, t.ex. någon form av dysfunktion på organ- eller cellnivå.

Sjukdomar och skador är alltså, per definition, av ondo för dem som drabbas av dessa åkommor. Det onda som är förknippat med sjukdomar är i huvudsak av tre olika slag, nämligen lidande och obehag, funktionsnedsättning samt ökad risk för framtida lidande, funktionsnedsättning eller för tidig död. (Det är därför rimligt att mäta en sjukdoms allvarlighetsgrad i dessa termer.) Detta förklarar varför förebyggandet av sjukdom eller skada är ett centralt mål för folkhälsoarbetet. Vi har redan beaktat målet att minska risken för en för tidig död (öka den förväntade livslängden), men vi bör även inkludera de övriga två ”skadetyperna” i det kvalitativa mått vi söker. Enligt denna tanke är folkhälsoarbetets kvalitativa mål att

reducera lidande och funktionsnedsättning. Denna tanke är mer eller mindre identisk med tanken att folkhälsoarbetet bör *främja hälsa* (på den lägre delen av hälsoskalan).

Att främja hälsa

För att förstå vad det innebär att främja människors psykiska och somatiska hälsa måste vi veta hur begreppet "hälsa" kan och bör definieras i detta sammanhang. De definitioner som har föreslagits är av fyra olika slag: Hälsobegreppet kan antingen definieras i termer av funktion (på delfunktionsnivå), i termer av fysisk eller psykisk funktionsförmåga (hos personen som helhet), i termer av välbefinnande, eller pluralistiskt, t.ex. i termer av både funktionsförmåga och välbefinnande (Brülde 1998, 2000, Brülde och Tengland 2003). Av utrymmesskäl är det inte möjligt att göra någon närmare utredning av hälsobegreppet, men man det finns starka skäl att välja ett flerdimensionellt hälsobegrepp som åtminstone innefattar både en funktionskomponent och en välbefinnandekomponent. Detta innebär emellertid inte att alla förbättringar av funktionsförmåga eller välbefinnande bör räknas som hälsoförbättringar: den relevanta funktionsförmågan respektive välbefinnandet måste vara "hälsorelaterade" (ibid.).

Att främja hälsa i denna mening är onekligen ett rimligt mål för folkhälsoarbetet, åtminstone upp till en viss gräns, och så länge de berörda individerna själva är med på noterna. Men är det en del av folkhälsoarbetets *yltersta* mål? Detta kan tyckas rimligare i fallet subjektivt välbefinnande än

i fallet funktionsförmåga, då välbefinnande har finalt värde (värde som mål) medan en god funktionsförmåga sannolikt endast har instrumentellt värde (värde som medel eller resurs). Man kan därför hävda att människors funktionsförmåga bara bör främjas i den mån detta kan förväntas ha goda effekter på deras välbefinnande. Subjektivt välbefinnande är emellertid starkare förknippat med livskvalitet än med hälsa, och det är därför värt att undersöka om folkhälsoarbetets yttersta mål är att främja goda och långa liv snarare än hälsosamma och långa liv.

Preferensbaserade "hälsoindex"⁴

Innan vi tittar närmare på denna idé, låt oss först titta närmare på den preferensbaserade hälsoindexansatsen. (Denna ansats kan betraktas som ett slags mellanting mellan hälsoansatsen och livskvalitetsansatsen.) Genom att låta människor själva rangordna olika tänkbara hälsotillstånd med avseende på "värde" kan vi, t.ex. genom att räkna ut hur den genomsnittliga rangordningen ser ut, skapa ett preferensbaserat "hälsovärdesindex" där varje möjligt hälsotillstånd tilldelas ett nyttotal (se Karlsson 1991, Ferraz-Nunes et al. 2007). De individuella rangordningarna kan genereras på flera olika sätt, t.ex. med hjälp av "Standard Gamble" (SG), "Time Trade-Off" (TTO), "Rating Scale" eller "Magnitude Estimation" (Karlsson 1991, Ferraz-Nunes et al. 2007). Låt oss kalla det hälsotillstånd som ska värderas för H. I TTO låter man individen välja mellan att befinna sig i H

under en viss tid och att vara vid full hälsa under en kortare tid. Man kan t.ex. låta individen välja mellan full hälsa i 5 år och att befinna sig i H i X år. Genom att finna det X-värde där individen är indifferent mellan alternativen kan ett värde på H fastställas (ibid.). Fördelen med denna metod är att den genererar en rimlig lösning på problemet hur hälsovinster ska vägas mot vinster i förväntad livslängd (då individerna själva får göra just denna avvägning).

Den preferensbaserade hälsoansatsen kan emellertid kritiseras på flera olika sätt. Man kan t.ex. fråga sig hur informerade människors preferenser egentligen är på detta område. Hälsans värde är ju i första hand instrumentellt, och det kan vara svårt att avgöra vilka konsekvenser olika alternativa hälsotillstånd egentligen har. En annan invändning är att inskränkningen till hälsotillstånd är godtycklig. Om vi bestämmer oss för att utgå från människors egna värderingar när vi konstruerar det mått som ska ligga på y-axeln, varför ska vi då begränsa oss till hur människor värderar sina *hälsotillstånd*? Varför inte utgå från hur människor värderar sina liv som helhet i stället? Detta förslag ligger mycket nära tanken att det är livskvalitet som är det mest relevanta ”kvalitativa” individmättet.

Att främja livskvalitet

Frågan om livskvalitet – vad som ytterst gör livet värt att leva, vad som gör ett liv finalt bra för den som lever det – är en av filosofins klassiska frågor (Brülde 2003b, 2007a). Det finns i grunden tre olika teorier om livskvalitet, nämligen hedonismen, önskeuppfyllelseteorin och den objektivistiska pluralismen. Enligt *hedonismen* är en persons livskvalitet helt beroende av hur hon mår, dvs. hur ”lycklig” hon är. Att ha ett bra liv är detsamma som att må bra, och att ha ett dåligt liv är detsamma som att må dåligt. Enligt *önskeuppfyllelseteorin* är en persons livskvalitet också beroende av en enda sak, nämligen i vilken utsträckning hon har det liv hon själv vill ha (och alltså inte bara i vilken grad hon har det *hälsotillstånd* hon själv vill ha). Om en person har det som hon själv vill ha det så är hennes livskvalitet hög, och om hon har ett liv hon själv uppfattar som dåligt så är hennes livskvalitet låg. Enligt *den objektivistiska pluralismen* finns det ett flertal saker som är finalt bra och dåliga för oss, oavsett vilken inställning vi själva har till dessa saker, och en persons livskvalitet är beroende av i vilken utsträckning dessa saker finns närvarande i hennes liv. Möjliga exempel på sådana *objektiva värden* är intima relationer, meningsfull verksamhet, personlig utveckling, kunskap och verklighetskontakt. Hälsa och ”empowerment” är andra möjligheter, men dessa värden betraktas oftast som instrumentella.

Bör folkhälsoarbetet ha som uppgift att främja livskvalitet enligt något av dessa synsätt, dvs. lycka, önskeuppfyllelse eller intima relationer? Det är tveksamt. Folkhälsoarbetet bör t.ex. knappast främja människors livskvalitet i vilka avseenden som helst (genom att lindra 40-årskriser) eller med vilka medel som helst (genom att erbjuda lyxsemestrar). Folkhälsoarbetets uppgift är snarare att främja livskvalitet

Bör folkhälsoarbetet ha som uppgift att främja livskvalitet enligt något av dessa synsätt, dvs. lycka, önskeuppfyllelse eller intima relationer? Det är tveksamt. Folkhälsoarbetet bör t.ex. knappast främja människors livskvalitet i vilka avseenden som helst (genom att lindra 40-årskriser) eller med vilka medel som helst (genom att erbjuda lyxsemestrar). Folkhälsoarbetets uppgift är snarare att främja livskvalitet

genom att främja hälsa eller genom att förebygga sjukdom eller skada. Vi kan också tillägga att folkhälsoarbetet (idealt sett) endast bör främja människors hälsa då detta kan förväntas ha positiva effekter på deras livskvalitet och/eller livslängd, eftersom det är dessa saker som ytterst spelar roll.

Slutsats

Det verkar som om manifest hälsa (uppfattad som en kombination av funktionsförmåga och välbefinnande) är det rimligaste ”kvalitativa” måttet. Att främja hälsa är inte bara ett rimligare mål än att förebygga sjukdom (eftersom det även inkluderar den positiva delen av hälsoskalan), det är också ett rimligare mål än att maximera det preferensbaserade ”hälsovärdet” eller att främja livskvalitet. Detta innebär att det rimligaste sammanfattande individmålet är någon typ av HALE-mått. Om vi representerar varje liv grafiskt bör antalet viktade levnadsår vara representerade på x-axeln, medan en persons position på y-axeln beror på hennes viktade (hälsorelaterade) funktionsförmåga respektive välbefinnande. Det är emellertid svårt att mäta funktionsförmåga och välbefinnande, och det är svårt att kombinera dessa båda skalor till en enda hälsoskala. Det är dessutom svårt att avgöra hur stor vikt vi ska lägga vid detta (viktade) hälsomått jämfört med (den viktade) livslängden. Kanske måste vi i praktiken hänvisa till människors preferenser i båda dessa fall, dvs. dels för att ytterligare kalibrera y-axeln, dels för att väga detta mått mot antalet (viktade) levnadsår, t.ex. med hjälp av TTO. Först när dessa cali-

breringar blivit utförda kan vi säga att folkhälsoarbetets individuella mål är att maximera ytan under kurvan (se figur 3). Alla andra möjliga folkhälso-mål, t.ex. att främja ”empowerment”, är endast instrumentella i relation till detta komplexa yttersta mål.

Referenser

- Brülde B. (1998) Vad är hälsa? Några reflektioner kring hälsobegreppet. Göteborg: Filosofiska institutionen.
- Brülde B. (2000) On how to define the concept of health: A loose comparative approach. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3: 305-308.
- Brülde B. (2003a) The Concept of Mental Disorder. Göteborg: Filosofiska institutionen.
- Brülde B. (2003b) Teorier om livskvalitet. Lund: Studentlitteratur.
- Brülde B. (2007a) Happiness and the good life. Introduction and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies*, 8: 1-14.
- Brülde B. (2007b) Vad är folkhälsa och hur ska den mätas? En normativ teori om folkhälsoarbetets yttersta mål. Göteborg: Filosofiska institutionen.
- Brülde B. och Tengland P-A. (2003) Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning [Health and disease: A conceptual investigation]. Lund: Studentlitteratur.
- Ferraz-Nunes J., Karlberg I. och Bergström G. (2007) Hälsoekonomi – begrepp och tillämpningar. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson G. (1991) Värdering av hälsotillstånd och individuella preferenser. I: Liss, P-E. och Nordenfelt L. (red.) Hälsa, sjukdom, livskvalitet. Linköping: Universitet i Linköping, SHS 12.
- Tengland P-A. (2006) The goals of health work: Quality of life, health and welfare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9: 155-167.

Noter

- 1 Det är värt att notera att dessa svar i hög grad kan betraktas som distributiva överväganden, och att de därför utgör delsvår till frågan om folkhälsoarbetets distributiva mål.
- 2 För den som är bekant med Alan Williams idé om ”fair innings” kan man påpeka att denna tanke inte utgör något eget alternativ, utan att den snarare bör betraktas som ett av flera möjliga argument för exempelvis (3) eller (4), dvs.

forskning och teori

för tanken att man bör lägga noll eller mindre vikt vid de levnadsår som inträffar efter en viss ålder.

3 Denna ansats förutsätter att hälsa är mätbart i en ganska stark mening, nämligen att vi kan jämföra olika hälsointervall (hälsovinster) med varandra. Men vad gör vi om detta antagande är falskt? En möjlighet är att vi skapar ett preferensbaserat "hälsovärdesindex" genom att låta människor själva rangordna olika hälsotillstånd med avseende på "värde". Vi återkommer till denna möjlighet.

4 En mera utförlig version av detta avsnitt återfinns i Brülde 2007b.

Summary in English

The goals of public health I: The relevant individual variable

In the first article, I argued that the normative question of the ultimate goals of public health, i.e. what values public health ought to realize, can be divided into two sub-questions, namely: (a) The question of the relevant individual variable: In what dimension or dimensions should public health try to benefit the relevant individuals? (b) The question of the distributive goal of public health: What distribution of the relevant individual variable is most desirable in a public health context? This article deals with question (a), while the third and last article deals with (b). These questions will, to a large extent, be treated separately, but not fully. The reason for this is that an individual summary measure cannot be plausible unless it incorporates certain distributive considerations, e.g. ideas of how different life years should be weighted.

Key words: Public health, life expectancy, QALY, HALE, health, disease, quality of life