

Några olika frågor om folkhälsa¹

Bengt Brülde

Denna artikel (den första i en serie på tre) tar sin utgångspunkt i frågan om vad folkhälsa är, och hur den kan mätas. Denna fråga faller sönder i två delfrågor, nämligen (a) vilken eller vilka individvariabler (t.ex. livslängd, hälsa eller QALY) man bör utgå från, och (b) hur de relevanta individmåten bör aggregeras. Svaren på dessa frågor är emellertid i hög grad värderingsberoende, och frågorna (a) och (b) kan knappast skiljas från de normativa frågorna (a') vad man *bör* försöka förbättra för de relevanta individerna, och (b') vilket slags fördelning av t.ex. hälsa som *bör* eftersträvas. Vi landar alltså i frågan om folkhälsoarbetets yttersta mål. Denna fråga är dock inte helt identisk med frågan om vad folkhälsa är, och hur den kan mätas. Den andra artikeln i serien behandlar fråga (a'), medan den tredje och sista artikeln fokuserar på (b').

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

Vad är folkhälsa? Frågan om vad folkhälsa är, hur den ska mätas eller beskrivas, är (i vissa sammanhang) en praktiskt betydelsefull fråga. Det finns exempelvis ett flertal verksamheter och institutioner som har som mål att förbättra eller bevara hälsan hos hela populationer, och inriktningen på detta folkhälsoarbete beror på vilka slags förändringar man anser ska räknas som förbättringar eller försämringar av folkhälsan. En genomtänkt uppfattning om vad folkhälsa är har också betydelse för hur dessa

verksamheter ska utvärderas.

Kartläggningar av hälsotillståndet i en befolkning är också nödvändiga för att man ska kunna identifiera problem och behov, så att man kan planera olika sjukvårds- eller hälsovårdsinsatser på ett genomtänkt sätt. Fördelningen av resurser inom hälso- och sjukvården kan endast bli rimlig om man på ett tillförlitligt sätt kan mäta hälsa hos hela populationer eller större grupper. Man kan t.ex. tycka att man bör lägga mest resurser på de grupper eller populationer som har den sämsta

”grupphälsan”, vilket ju förutsätter att man kan jämföra olika grupper med avseende på hälsotillstånd.

Det är knappast lämpligt att försöka besvara frågan ”Vad är folkhälsa?” genom att ge en traditionell definition av begreppet, i termer av nödvändiga villkor som tillsammans är tillräckliga. För att detta ska vara möjligt är det nämligen nödvändigt att bestämma en viss nivå, t.ex. acceptabel folkhälsa, för att sedan fråga sig vilka villkor som måste vara uppfyllda för att en befolkning ska kunna sägas ligga på denna nivå. Jag tror dock att våra semantiska intuitioner är högst otillräckliga för att avgöra dylika frågor, delvis för att frågan om vilken nivå som ska räknas som acceptabel är av normativt slag.

Enligt mitt synsätt måste en definition vara dimensionell (Brülde 1998, 2000, Brülde och Tengland 2003). Här är den centrala frågan vilka typer av förändringar som ska betraktas som folkhälsoförändringar (på populationsnivå). Frågan om hur ”folkhälsa” ska definieras dimensionellt är i stort sett identisk med hur folkhälsa ska mätas *i princip* (snarare än i praktiken). Denna fråga kan tolkas på åtminstone två olika sätt:

1. Frågan kan innebära att man efterlyser ett sätt att beskriva hälsotillstånd hos befolkningar. Vilka mått ger tillsammans den mest ”rättvisande” och användbara bilden av hälsotillståndet i en viss befolkning? Vilka indikatorer bör inkluderas då man som folkhälsovetare kartlägger en befolkning (eller grupp) hälsa? Låt oss kalla denna fråga för *beskrivningsfrågan*. Här är det inte fråga om mätning i nå-

gon striktare mening, och det är troligt att de relevanta indikatorerna är många till antalet.

2. Frågan kan även innebära att man efterlyser ett sätt att mäta folkhälsa i en starkare mening, nämligen ett lämpligt sammanfattande mått (index) på en befolknings hälsa. Hur bör man (rent principiellt) mäta hälsa i hela populationer? Enligt vilka kriterier kan man avgöra om en viss förändring är en förbättring eller försämring av folkhälsan, eller vilken av två populationer som har den bästa folkhälsan? Enligt detta synsätt är folkhälsa en variabel som kan anta olika värden, och frågan är hur variabelns värde ska fastställas i det enskilda fallet, t.ex. hur ett fåtal centrala indikatorer ska vägas samman till ett sammanfattande mått. Låt oss kalla denna fråga för *indexfrågan*.

Poängen med att ställa dessa frågor är som sagt praktisk, och hur de bäst ska besvaras beror därför på vad svaren ska användas till. Rörande beskrivningsfrågan kan man t.ex. anse att valet av indikatorer bör styras av vad man ska ha resultatet till: Vill man t.ex. identifiera de mest allvarliga hälso problemen i en befolkning eller är syftet i stället att utvärdera vilka effekter vissa folkhälsofrämjande interventioner har haft? Är man intresserad av hur det praktiska folkhälsoarbetet bör utformas, hur olika insatser ska planeras eller hur resurser ska fördelas?

Hur indexfrågan bäst ska besvaras verkar också bero på vad resultatet ska användas till. Vill vi t.ex. skapa ett index för att kunna beskriva hur befolkningars hälsa har förändrats under en viss period (t.ex. i utvärderingssyfte),

eller för att göra jämförelser mellan olika populationer (i syfte att fördela resurser på ett rimligt sätt, t.ex. tilldela mer resurser åt de populationer som har den sämsta hälsan)?

Valet mellan de två frågorna bestäms också av praktiska överväganden: För många syften behövs t.ex. inget index, det är fullt tillräckligt att skapa sig en grov bild av hälsotillståndet i en befolkning. Men i vissa fall kan det som sagt behövas ett index. Ett index skulle inte minst kunna hjälpa oss att väga olika folkhälsomål mot varandra, t.ex. målet att höja genomsnittsnivån och målet att öka jämlikheten (se nedan).

Huvudfrågan: Hur bör ett sammanfattande mått på folkhälsa se ut?

Mitt fokus kommer att ligga på indexfrågan, dvs. huvudfrågan är hur ett rimligt folkhälsoindex ska konstrueras. Mitt fokus ligger vidare på ”den principiella frågan”: jag vill försöka utröna vilket mått som är rimligast, utan att ta någon hänsyn till vad som är praktiskt möjligt att mäta i nuläget. (Jag är medveten om att man ibland måste använda sig av de mått som redan finns.) Jag kommer inte heller att beröra hur man ska förklara skillnader i hälsa mellan olika populationer, eller hur man rent praktiskt ska gå tillväga för att förbättra hälsan i en viss grupp eller folkhälsan i en viss nation.

En självklar utgångspunkt är att en befolkning inte kan befinna sig i ett hälsotillstånd i någon bokstavlig bemärkelse. Det finns inte några ”folk” som har självständig existens, och som kan ha ett hälsotillstånd som går ut-

över individernas hälsa. Jag utgår därför från att en befolknings hälsa i huvudsak är beroende av hur invånarnas hälsa (livslängd etc.) ser ut, samt hur denna är fördelad över befolkningen. Frågan kommer därför att handla om på vilket sätt en befolknings hälsa är beroende av invånarnas hälsa, inklusive hur den är fördelad. Denna fråga faller sönder i två delfrågor:

(a) Hur ska man mäta individuell ”hälsa” i detta sammanhang? Eller mera precist: Vilka individvariabler bör man utgå från i detta sammanhang? Individernas förväntade livslängd bör t.ex. vara med, men detta mått bör nog kompletteras med ett eller flera mått på hur ”hälsosamma” deras liv är. Låt oss kalla denna fråga för *frågan om den relevanta individvariabeln*.

(b) Hur ska dessa individuella mått ”aggregeras” (i vid mening; inte bara summeras) över individer så att man får ett bra sammanfattande mått (index) på hela populationens hälsa? Låt oss anta att den mest relevanta individvariabeln är antalet förväntade år med full hälsa (HALE, eller ”healthy life expectancy”). Frågan blir då hur vi utifrån information om olika HALE-fördelningar (där individernas HALE-nivåer är representerade på y-axeln och där befolkningen är representerad på x-axeln) kan erhålla ett sammanfattande mått på befolkningens hälsa. Hur rangordnar man olika HALE-fördelningar med avseende på folkhälsa? Låt oss kalla denna fråga för *aggregeringsfrågan*. Något slags mått på centraltendens är naturligtvis relevant här, men det är även möjligt att något slags spridningsmått kan ha

relevans. Man kanske även bör beakta hur ojämlig fördelningen är eller hur stor andel av populationen som befinner sig under en viss kritisk nivå.

Denna generella tanke delas av Verweij och Dawson (2007), som anser att begreppet "folkhälsa" har både en aggregativ (i snäv mening) och en distributiv dimension. En befolknings hälsa beror inte bara på de relevanta individernas genomsnittliga hälsotillstånd (livslängd etc.), utan även på hur den relevanta variabeln är fördelad inom populationen. En minskning av ojämligheten i hälsa i en viss befolkning är t.ex. (allt annat lika) en förbättring av denna befolknings hälsa: Om vi utgår från att medelvärdet ska inkluderas i svaret på aggregeringsfrågan, då kommer alltså den centrala frågan att bli vilka distributiva egenskaper vi bör ta hänsyn till och hur dessa ska vägas mot medelvärdet.

Hur frågan om den relevanta individvariabeln ska besvaras är i hög grad värderingsberoende, och detsamma gäller aggregeringsfrågan. Frågan "vad är folkhälsa?" kan t.ex. inte isoleras från den normativa frågan om folkhälsoarbetets mål, dvs. frågan om (a) vad man *bör* försöka förbättra för de relevanta individerna, och (b) vilken slags fördelning av detta värde som *bör* eftersträvas. Tänkbara svar på (a) är att man bör försöka förlänga individernas förväntade livslängd, minska deras sjuklighet, främja deras hälsa eller livskvalitet, eller se till att de får fler hälsosamma levnadsår. Tänkbara svar på (b) är att man ska försöka höja genomsnittsnivån, öka jämlikheten, eller se till att så många som möjligt ligger över en viss miniminivå. Att välja mel-

lan dessa svar låter sig inte göras utan hänvisning till värderingar, men vilket svar man väljer kan även bero på andra överväganden: Att hög livskvalitet är mera värdefullt för en individ än god hälsa innebär t.ex. inte att folkhälsoarbetet bör syfta till ökad livskvalitet snarare än till bättre hälsa. Vilket mål en viss verksamhet bör ha är inte bara en värdefråga, utan även en fråga om vad man *kan* göra, och hur arbetsdelningen mellan olika verksamheter och institutioner bör se ut.

Att frågorna är värderingsberoende behöver alltså inte betyda att de ska betraktas som *rena* värdefrågor. Vi måste därför fråga oss i vilken grad det är rimligt att explicit inkorporera olika evaluativa eller normativa överväganden i ett folkhälsoindex. Det verkar t.ex. rimligt att anta att de med sämst hälsa bör prioriteras, dvs. att en hälsovinst är mera värd ju längre ned på hälsoskalan den inträffar. Men innebär detta att vi explicit bör inkorporera denna tanke i ett folkhälso-mått?

Enligt min mening är det både onödigt och orimligt att skilja mellan att ranka hälsofördelningar med avseende på folkhälsa, å ena sidan, och att ranka hälsofördelningar med avseende på värde, å den andra. Att försöka göra en sådan skillnad är både svårt och meningslöst: Poängen med att mäta folkhälsa är ju förknippad med det faktum att vissa verksamheter har en förbättrad folkhälsa som mål, dvs. att en god folkhälsa betraktas som värdefullt. Folkhälsobegreppet är redan så genomsyrat av värderingar att det är lika bra att ta ut svängarna ordentligt.

Från begreppet folkhälsa till frågan om folkhälsoarbetets yttersta mål

Indexfrågan handlar alltså om hur man bör rangordna olika hälsofördelningar med avseende på värde. Det värde som åsyftas här är inte värdet för de relevanta individerna, utan värdet ur ett folkhälsooperspektiv, dvs. det värde som folkhälsoarbetet bör syfta till att maximera. Den intressanta frågan är alltså vad folkhälsoarbetet bör försöka åstadkomma, dvs. den normativa frågan om folkhälsoarbetets yttersta mål. (Observera att de operativa mål som folkhälsoarbetare har för ögonen, t.ex. att minska andelen rökare i en population, ofta är instrumentella, dvs. eftersträvas på grund av den förväntade effekten på hälsa eller livslängd.)

Frågan om folkhälsoarbetets mål är emellertid inte helt identisk med frågan om hur begreppet folkhälsa bör definieras och hur folkhälsan bör mätas. Folkhälsoarbetet ("public health") kan t.ex. ha andra legitima mål än att förbättra folkhälsan ("population health"). En typ av mål som inte alltid kan betraktas som folkhälsoförbättringar är målet att se till att olika riskfaktorer är under kontroll, t.ex. att den relevanta populationen är immun mot vissa sjukdomar. Att vaccinera en befolkning mot en viss sjukdom kan betraktas som att man skapar ökade *förutsättningar* för hälsa, men det har inte alltid någon effekt varken på genomsnittshälsan eller på hälsans fördelning över befolkningen (då denna befolkning skulle klarat sig ändå). Verweij och Dawson (2007) anser att folkhälsan i ett samhälle är

begreppsligt beroende av i vilken grad detta samhälle har kontroll över olika riskfaktorer och sjukdomsorsaker, och att vi därför bör betrakta lyckade men "onödiga" vaccinationer som folkhälsoförbättringar. Enligt deras synsätt kan alltså folkhälsan förbättras utan att någon av de ingående individernas hälsa förbättras, och utan att jämlikheten i hälsa ökar. Själv föredrar jag en annan terminologi: Folkhälsoarbetet har helt enkelt andra mål vid sidan om målet att förbättra befolkningens hälsa, t.ex. att *skydda* befolkningens hälsa, och kan därför vara framgångsrikt även om folkhälsan inte förbättras.²

Från frågor till svar

Vilket tillvägagångssätt är lämpligt att använda sig av för att besvara beskrivningsfrågan respektive indexfrågan? En möjlighet är att utsätta de epidemiologiska och hälsoekonomiska mått som finns för kritisk granskning. De traditionella epidemiologiska mått som används för att beskriva "hälsotillståndet" i en viss population är många. Vissa av dessa mått faller under rubriken morbiditet (sjuklighet), t.ex. sjukdomsförekomst mätt i prevalens eller incidens. Andra mått faller under rubriken mortalitet (dödlighet), t.ex. medellivslängden, det allmänna dödstalet, barnadödligheten eller mödradödligheten. En tredje typ av mått skulle kunna kallas för hälsomått, t.ex. olika mått på funktionsnedsättning eller (självskattad) hälsa.

Flera av dessa mått är onekligen relevanta, oavsett om man har beskrivningsfrågan eller indexfrågan i åtanke.

Det folkhälsoarbete som bedrivs i en population syftar onekligen till att (i) minska sjukligheten i populationens (genom att förebygga sjukdom), (ii) förbättra (skydda eller bevara) populationens hälsa samt (iii) att förlänga medlemmarnas liv. Det är därför inte bara en rimlig ”folkhälsobild” som behöver inkludera denna information, ett rimligt folkhälsoindex måste också innefatta någon slags referens till såväl hälsa som sjuklighet och dödlighet.

Vissa epidemiologiska mått innehåller inga sådana referenser alls, och måste därför betraktas som perifera. Detta gäller t.ex. mått på hur utbredda olika riskfaktorer är, som hur stor andel av populationen som röker, är överviktiga eller fattiga. Detsamma gäller för olika mått på vårdutnyttjande (som vårdkostnader per capita eller läkartäthet), sjukfrånvaro eller förtidspensioner. Dessa variabler kan ge en viss bild av folkhälsan, men endast i kraft av att det finns en kausal relation till hälsa och sjukdom. Dessa relationer är dock ofta ganska svaga, det finns t.ex. en förklaringsklyfta mellan sjukfrånvaro och hälsotillstånd: sjukfrånvaro beror på mycket annat än hälsotillstånd, och kan därför öka eller minska utan att hälsan försämras eller förbättras (Brülde 2005).

Ett rimligt svar på beskrivningsfrågan – frågan om vad som bör inkluderas i en rättvisande och användbar ”bild” av en befolknings hälsotillstånd – är att en sådan bild kan få inkludera de flesta av dessa indikatorer eller epidemiologiska mått. Här är det ingen större skada skedd om man väljer att inkludera mått som inte alls har med hälsa att göra, eller vars koppling till

hälsan är mycket svag (som vårdkonsumtion). Det är alltså rimligt att vara inklusiv här. Men om frågan i stället handlar om vad som bör ingå i ett folkhälsoindex eller vilka folkhälsoarbetets yttersta mål bör vara (indexfrågan) finns det anledning att vara betydligt mera restriktiv, då flertalet traditionella epidemiologiska mått är irrelevanta relativt detta syfte. Vissa av dessa mått är inte förknippade med några folkhälsomål alls, som i fallet vårdutnyttjande. Andra mått är målrelaterade men saknar koppling till folkhälsoarbetets *yttersta* mål, t.ex. de mått som finns på olika riskfaktorer utbredning. Många av de variabler som bör ingå i en mera heltäckande beskrivning bör alltså inte ingå i ett index, även om man ibland kan tänka sig att inkludera en irrelevant variabel därför att den korrelerar väl med en relevant variabel, dvs. fungerar väl som indikator.

Vilka aggregationsmetoder har man då använt sig av inom epidemiologin? Vanligast är sannolikt andelar och frekvenser (uttryckta i procent, promille eller antalet fall per 1.000 eller 100.000 personer eller person-år). I fallet kontinuerliga variabler (som livslängd) kan man mäta andelen över en viss nivå. I andra fall är det medelvärde som används, t.ex. i fallet livslängd. Spridningsmått eller jämlikhetsmått verkar vara ovanliga i sammanhanget. De aggregerade mått som används kan onekligen vara till viss nytta om syftet är att skapa sig en bild av hälsoläget i en befolkning, men det är tveksamt om epidemiologin kan hjälpa oss att finna ett välgrundat svar på den aggregeringsfråga som ingår i

	Beskrivningsfrågan	Indexfrågan
Frågan om vilken eller vilka individvariabler som är mest relevanta	Morbiditet, livslängd, hälsa, livsstil, vårdkonsumtion, sjukfrånvaro, QALY etc. (Inklusivt svar)	Morbiditet, livslängd, hälsa, QALY, HALE, värderad hälsa, livskvalitet (Artikel 2)
Frågan om vilka aggregationsmetoder som bör användas	Andelar, frekvenser, mått på central tendens, spridningsmått etc. (Inklusivt svar)	Medelvärde, viktade medelvärden, jämlikhetsmått, andelar (Artikel 3)

Figur 1. En översikt över fyra centrala folkhälsofrågor samt några tänkbara svar på dessa frågor.

indexfrågan. Där är nog den politiska filosofin till större hjälp.

Tillbaka till frågan om folkhälsoarbetets yttersta mål

Låt oss nu titta närmare på de kommande två artiklarnas huvudfråga, nämligen frågan om folkhälsoarbetets yttersta mål (indexfrågan). Vilka ”värden” bör folkhälsoarbetet försöka förverkliga eller maximera? Det finns alltså minst två frågor som genomtänkt normativ teori om folkhälsoarbetets mål måste kunna besvara:

(a) Frågan om den relevanta individvariabeln: Exakt vad bör folkhälsoarbetet (ytterst) försöka förbättra för de relevanta individerna? Räcker det t.ex. med förväntad livslängd, eller bör även variabler som hälsa eller livskvalitet tas med?

(b) Frågan om folkhälsoarbetets distributiva mål (som i stort sett sammanfaller med aggregationsfrågan): 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 är orättvisa?

I nästa artikel fokuserar jag på frågan om den relevanta individvariabeln. Den distributiva frågan diskuteras först i den tredje och sista artikeln. De två frågorna 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.

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. (2005) Långtidsfrisk eller långtids-sjukskriven? Del I: Översikt och bakgrund. Tankbara förklaringar och förslag på åtgärder. Högskolan i Trollhättan/Uddevalla, Forskningsrapport 2005:2.

Brülde B. och Tengland P-A. (2003) Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning. Lund: Studentlitteratur.

Verweij M. och Dawson A. (2007) The meaning of ”public” in public health. I: Dawson A. och Verweij M. (red.), *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford: Oxford UP.

Werkö L. (2003) Global folkhälsa: Tar vi vårt ansvar? Lund: Studentlitteratur.

Noter

- 1 Jag vill rikta ett tack till Niklas Juth och Ingvar Karlberg för värdefulla kommentarer på tidigare versioner av denna artikelserie.
- 2 Det kan finnas fler legitima mål för folkhälsoarbetet som inte bör betraktas som folkhälsoförbättringar. Det är t.ex. möjligt att ökade födelsetal ibland kan vara ett rimligt mål för folkhälsoarbetet, t.ex. i syfte att trygga den framtida välfärden, men härav kan man inte dra slutsatsen att en minskning av folkmängden är en försämring av folkhälsan (men jfr Werkö 2003).

Summary in English

Some questions about public health

This article (the first of three) starts with the question of what population health is, and how it can be measured. This question can be divided into two, namely (a) on what individual variables (e.g. health, life expectancy, or QALY) should such a measure be based, and (b) how these individual measures should be aggregated. However, the answers to these questions are, to a large extent, dependent on values, and (a) and (b) can hardly be separated from the normative questions (a') how one should try to benefit the relevant individuals, and (b') what kind of distribution of e.g. health that is most desirable. That is, we end up in the question of the ultimate goals of public health. However, this question is not fully identical with the question of what population health is, or how it should be measured.

Key words: Population health, public health