

Folkhälsoarbetets mål II: Det distributiva målet

Bengt Brülde

Vi har redan sett (i de två första artiklarna) att en rimlig teori om folkhälsoarbetets yttersta mål måste kunna besvara två frågor, nämligen: (a) Exakt vad bör folkhälsoarbetet (ytterst) försöka förbättra för de relevanta individerna? Vilka individvariabler är mest relevanta i detta sammanhang? (b) Vilket är folkhälsoarbetets distributiva mål, dvs. vilket slags fördelning av de relevanta individvariablerna (t.ex. hälsa) bör detta arbete eftersträva? Den första frågan behandlades i den förra artikeln, där jag föreslog att det är viktade HALE som räknas. Ju högre den genomsnittliga HALE-nivån är i en befolkning, desto bättre (i ett folkhälsoperspektiv). I denna artikel är det distributiva frågan som behandlas.

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

Det viktade HALE-mått jag förespråkade i den förra artikeln innehåller redan ett flertal distributiva överväganden (som alla går ut på att vi bör prioritera dem med den sämsta hälsan och den lägsta förväntade livslängden), men vi kan fortfarande fråga oss vilket slags HALE-fördelning (mellan olika individer eller grupper) som är mest eftersträvansvärd. Eller annorlunda uttryckt, hur ska individernas

hälsosamma levnadsår aggregeras så att man får ett rimligt sammanfattande mått på hela populationens hälsa? Hur rangordnar man olika HALE-fördelningar med avseende på folkhälsa, på ett så normativt adekvat sätt som möjligt? Frågan gäller alltså inte hur inkomster eller andra *resurser* bör fördelas, men svaret på frågan om vilket slags hälsofördelning som är mest önskvärd har naturligtvis betydelse

för hur resursfördelningsfrågan ska besvaras.

I ljuset av tanken att ett folkhälso-mått bör ligga i linje med folkhälso-arbetets legitima mål, kan vi återigen (se den första artikeln) notera att epidemiologin i hög grad har fokuserat på medelvärden och frekvenser. Dessa mått fångar emellertid inte hur de sämst ställda har det, eller hur stor ojämlikheten är i befolkningen, och behöver därför kompletteras med andra mått som bättre speglar våra moraliska intuitioner. (Vad är folkhälsa är, är som sagt ingen värdemässigt neutral fråga.) Medelvärdet är naturligtvis relevant, dvs. en ökning av en befolknings genomsnittliga HALE-nivå är (allt annat lika) en förbättring av folkhälsan,¹ men det finns fler variabler som har betydelse.

Här följer så ett antal förslag på andra variabler som tillsammans med medelvärdet bör inorporeras i ett sammanfattande folkhälsoindex.² Utöver tanken att vi bör prioritera de sämst ställda (en tanke som är inorporerad i mitt viktade HALE-mått) finns det åtminstone tre förslag på distributiva mål (givet en viss genomsnittsnivå): (i) Att minska ojämlikheter i hälsa ("health inequalities"), (ii) att minska orättvisa eller moraliskt oacceptabla ojämlikheter i hälsa ("health inequities") och (iii) att minimera den andel av befolkningen som befinner sig under en viss kritisk HALE-nivå. Låt oss granska dessa förslag närmare.

Att reducera ojämlikheter i hälsa

Vi lever i en värld där hälsa, livslängd och andra värden är extremt ojämnt fördelade. Men vad är ojämlikhet, och hur kan det mätas? Och är det ett rimligt mål för folkhälsoarbetet att minska ojämlikheten i hälsa eller HALE? Om så är fallet, är detta det enda distributiva målet, och hur ska det vägas mot målet att höja genomsnittsnivån?

Enligt standardversionen av egalitarianismen är det dåligt i sig att vissa *individer* har det sämre än andra (utan egen förskyllan), även om de sämst ställda har det ganska bra i absoluta termer. Det är jämlikhet mellan individer som har värde, inte jämlikhet mellan grupper. I praktiken kan det emellertid vara rimligt att fokusera på gruppjämlighet snarare än individuell ojämlikhet: dels då individuella hälsoskillnader i hög grad beror på socioekonomiska klyftor, dels då det är lättare att mäta gruppskillnader än individuella skillnader. Men det är också viktigt att reducera de ojämlikheter som finns *inom* olika (socioekonomiska) grupper.

Detta är inte rätt ställe att diskutera vilken version av egalitarianismen som är rimligast, eller hur ojämlikhet bör mätas.³ Det är emellertid värt att betona att ett rimligt jämlikhetsmått måste baseras på moraliska överväganden.⁴

Jämlikhetens relativa betydelse kan emellertid diskuteras. Att jämlikheten har en viss betydelse kan knappast betvivlas, åtminstone om vi har *oviktad* HALE i åtanke. Vi bör helt enkelt lägga vikt vid hur (o)jämlig en befolknings HALE-fördelning är om vi, på

ett rimligt sätt, vill kunna avgöra graden av folkhälsa i denna befolkning. Det är t.ex. bättre att alla i en population blir 60 år än att 51 procent blir 80 år och 49 procent blir 40 år gamla. Om allt annat är lika så kan man nog säga att ju större spridning i hälsa mellan de ”friskaste” och de ”sjukaste”, desto sämre folkhälsa. (Man kan emellertid fråga sig *varför* jämlikheten spelar roll, och om vi alls behöver bry oss om hur jämlik eller ojämlig en *väntad* HALE-fördelning är.) Att jämlikhet inte är det enda som spelar roll är också ganska klart, för annars skulle man ju kunna förbättra folkhälsan genom att försämra HALE-nivåerna hos dem som har bäst hälsa, t.ex. genom att skada dem. Genomsnittsnivån har också betydelse, och vi måste därför fråga oss hur stor betydelse jämlikhetsgraden hos en HALE-fördelning har jämfört med den genomsnittliga HALE-nivån, dvs. hur de två aspekterna ska förenas i ett sammanfattande mått. (Är det t.ex. någonsin möjligt att förbättra folkhälsan genom att försämra hälsan för de friskaste?) Ett sätt att besvara denna fråga är att helt enkelt ge genomsnittsnivån och jämlikhetsgraden samma vikt. Veenhoven and Kalmijn (2005) har t.ex. föreslagit ett nationellt lyckomått av denna typ, nämligen IAH (”inequality adjusted happiness”), där standardavvikelsen används som mått på ojämlighet.

Egalitarianismen kontra prioritetismen

Man kan dock ifrågasätta egalitarianismen som sådan, dvs. man kan förneka att det är dåligt i sig att vissa har det sämre än andra. Detta behö-

ver inte innebära att man tar avstånd från alla jämlikhetssträvanden, utan bara att man förankrar dessa strävanden i andra överväganden. Man kan t.ex. betrakta ojämlighet som något dåligt därför att många ojämligheter är orättvisa (se nedan). Man kan också betrakta ökad jämlikhet som något önskvärt därför att de sämst ställda grupperna oftast har det bättre i mera jämlika fördelningar. Enligt detta ”prioritetistiska” synsätt bör vi i första hand se till att de sämst ställda har det så bra som möjligt. Det är emellertid värt att notera att prioritetismen och egalitarianismen ibland kan dra åt olika håll: Att de med sämst hälsa får en viss hälsovinst samtidigt som de friskaste får en ännu större hälsovinst är t.ex. inte helt omöjligt: informationskampanjer kan ha denna effekt, liksom marknadsliberala reformer i u-länder. I sådana fall anser prioritetisten att vi bör se till att hälsan hos dem med sämst hälsa är så god som möjligt, medan egalitarianisten mycket väl kan sätta jämlikheten främst.⁵

Prioritetismen kan ta flera olika former. Enligt maximiversionen bör vi ge absolut prioritet åt den sämst ställda gruppen, dvs. värdet på en viss HALE-fördelning beror i stort sett uteslutande på hur den sämst ställda gruppen ligger till i denna fördelning. Ju högre HALE denna grupp har, desto bättre är hela befolkningens hälsa (åtminstone givet en viss genomsnittsnivå). Detta synsätt är knappast rimligt, då det implicerar att vi bör lägga stora resurser på den sämst ställda gruppen även då hälsovinster kan förväntas bli mycket små.

En betydligt rimligare version av

prioritismen är tanken att en viss hälsovinst är mera värd ju sämre personens hälsa är, dvs. att en HALE-ökning är mer värd ju längre ned på skalan den inträffar. Denna tanke behandlades i den förra artikeln, där jag argumenterade för att såväl hälsa som livslängd har ett avtagande marginalvärde, dvs. att vi bör ge större vikt åt dem med den största ohälsan och den lägsta förväntade livslängden. Men vi bör inte ge absolut vikt åt dessa grupper: alla hälsovinster har värde, och en stor hälsovinster för dem med god hälsa kan mycket väl ha ett större värde (i ett folkhälsoperspektiv) än en liten hälsovinster för dem med dålig hälsa. (Notera att detta synsätt innehåller såväl aggregativa som distributiva överväganden.) Är detta en rimlig teori om folkhälsoarbetets yttersta mål? Många skulle nog hävda att vi behöver ta ytterligare distributiva hänsyn för att vi ska kunna rangordna olika HALE-fördelningar på ett rimligt sätt, t.ex. att vi bör beakta hur (o)rättvisa dessa fördelningar är.

Att reducera orättvisa ojämlikheter i hälsa

Den som anser att prioritismen är otillräcklig, t.ex. därför att den inte kan ge en tillfredsställande förklaring av våra egalitaristiska intuitioner, anser sannolikt att det är dåligt i sig att vissa får fler hälsosamma levnadsår än andra. Det är inte bara människors absoluta HALE-nivåer som spelar roll, våra relativa nivåer har också en viss betydelse. Man måste emellertid inte tycka att alla ojämlikheter i hälsa är av ondo, man kan även tycka att endast vissa ojämlikheter bör reduceras,

nämligen orättvisa eller moraliskt oacceptabla ojämlikheter i hälsa ("health inequities"). Enligt detta synsätt bör folkhälsoarbetet försöka reducera de ojämlikheter i hälsa som är orsakade av orättvisa eller moraliskt oacceptabla förhållanden (jfr Rogers 2007). Men hur avgör man om en viss ojämlikhet är orättvis eller inte?

I folkhälsosammanhang verkar det vara ganska vanligt att betrakta en ojämlikhet som orättvis om den beror på att de med sämre hälsa är fattiga eller arbetslösa, eller på att de har sämre tillgång till vård eller utbildning. Detta synsätt verkar bygga på föreställningen att alla ojämlikheter i hälsa som är orsakade av socioekonomiska ojämlikheter också är orättvisa. De ojämlikheter i hälsa som beror på naturliga biologiska variationer eller på fritt valda beteenden betraktas ofta som mindre problematiska (jfr *ibid.*).⁶ Det är emellertid tveksamt om det finns någon moraliskt relevant skillnad mellan socioekonomiska och naturliga ojämlikheter. Om rättvisan kräver att vi hjälper dem som har sämre hälsa på grund av socioekonomiska faktorer så borde rättvisan även kräva att vi hjälper dem som har sämre hälsa på grund av medfödda sjukdomar eller funktionshinder, för dessa personer är ju i ännu lägre grad ansvariga för sin dåliga hälsa. Man kan dock hävda att detta är sjukvårdens problem, och att folkhälsoarbetet därför kan koncentrera sig på de ojämlikheter i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer.

Men är verkligen alla socioekonomiska ojämlikheter orättvisa? Det finns åtminstone två olika resonemang

som kan ge stöd åt en sådan tanke. För det första kan socioekonomiska ojämlikheter vara orättvisa därför att de som befinner sig högre upp på samhällsstegen inte har gjort sig förtjänta av detta, och därför att de som befinner sig längst ned på samhällsstegen inte själva kan rå för detta. Men det kan också vara så att alla människor har ett visst antal positiva rättigheter (t.ex. rätt till vård och utbildning, rätt att få sina grundläggande behov uppfyllda), och att det samhälle som inte (givet att resurserna är tillräckliga) kan se till att dessa rättigheter är uppfyllda måste betraktas som orättvist. Båda dessa ”vänsteråsikter” har emellertid utsatts för kritik från liberalt håll. Nyliberaler som Robert Nozick har t.ex. argumenterat för att det enda som bör vara jämnt fördelat är en uppsättning negativa liberala rättigheter, vad gäller andra nyttigheter är det fördelningens uppkomsthistoria som avgör om fördelningen är rättvis eller inte. Enligt denna procedur syn på rättvisa kan en viss socioekonomisk fördelning vara moraliskt acceptabel även om den är extremt ojämn, nämligen om den har uppstått utan att några negativa rättigheter har kränkts, t.ex. genom fria överenskommelser. I denna artikel finns det inget utrymme att diskutera vilken teori om social rättvisa som är rimligast, men man kan notera att om folkhälsoarbetets distributiva mål har med social rättvisa att göra, då kan denna politisk-filosofiska fråga knappast undvikas.

Så, är det rimligt att hävda att folkhälsoarbetet endast bör inrikta sig på orättvisa ojämlikheter? Detta kan naturligtvis bero på vad som gör en

ojämlikhet orättvis, men man kan också hävda att ståndpunkten i fråga är praktiskt oanvändbar oavsett vilken rättviseteori man utgår från. Ta tanken att en viss ojämlikhet i hälsa är orättvis om den är orsakad av en orättvis socioekonomisk ojämlikhet, men att den inte behöver åtgärdas om den är ett resultat av fria val. Hur kan man avgöra i praktiken vad som beror på vad? En låg socioekonomisk status ger ju långt ifrån alltid upphov till ohälsa: även de som befinner sig långt ned på samhällsstegen har en viss möjlighet att göra hälsosamma val, och det kan därför vara extremt svårt att avgöra i vilken grad ett visst hälsotillstånd beror på fria val och i vilken grad det är socialt determinerat. Och även om vi hade kunnat avgöra vilka *individuella* ojämlikheter i hälsa som är orättvisa, hade detta inte haft någon större relevans, för folkhälsoarbetet är ju inriktat mot *grupper* snarare än mot individer. Det verkar därför inte ha någon praktisk betydelse huruvida en ojämlikhet i hälsa är orättvis. I den mån (egalitarianistiskt färgade) rättviseseöverväganden alls är relevanta bör folkhälsoarbetet försöka reducera alla ojämlikheter som går att reducera, inte bara vissa.

En kritisk nivå?

Det finns ytterligare en version av tanken att vi bör prioritera de sämst ställda. Enligt detta synsätt finns det en kritisk (o)hälsogräns analog med den s.k. fattigdomsgränsen (t.ex. en minimalt acceptabel HALE-nivå), som är sådan att det är speciellt viktigt att lyfta folk över denna gräns. Ju större andel av populationen som ligger

över denna gräns, desto bättre är (allt annat lika) folkhälsan i denna population. Detta är ingen orimlig tanke, men den är knappast lika rimlig som prioritismen. Det finns knappast något icke godtyckligt sätt att fastställa en minimalt acceptabel HALE-nivå, och som prioritet har man inte heller något behov av en sådan gräns. Det spelar dessutom roll hur långt de sämst ställda grupperna har upp till den kritiska gränsen. För en prioritet har det ett stort värde att lyfta de sämst ställda även om de inte skulle nå upp till den kritiska gränsen, medan den renodlade kritisk-nivå-teoretikern antagligen skulle prioritera de grupper som är lättast att lyfta över den kritiska nivån, dvs. de bäst ställda bland de sämst ställda.

Slutsats: Ett sammanfattande mått på folkhälsa

Min teori om folkhälsoarbetets yttersta mål kan nu sammanfattas som följer: Den relevanta individvariabeln är en form av viktad HALE; detta är den variabel vars genomsnittsnivå bör maximeras (se den förra artikeln). Detta mått inbegriper redan vissa distributiva överväganden av prioritetstyp, då HALE-vinster längre ned på skalan betraktas som mera värdefulla än HALE-vinster högre upp på skalan. Det är emellertid inte klart vilken teori om folkhälsoarbetets distributiva mål som är rimligast. Det finns två möjligheter här. Enligt den rena prioritismen bör vi helt enkelt försöka maximera den genomsnittliga *viktade* HALE-nivån i den relevanta populationen, några ytterligare distributiva hänsyn behöver vi inte ta. Den andra

möjligheten är att vi dessutom inorporerar vissa egalitarianistiska överväganden i vårt folkhälsoindex, dvs. att vi även lägger en viss vikt vid hur (o)jämlig den *oviktade* HALE-fördelningen är i den relevanta populationen. Själv har jag svårt att avgöra vilket alternativ som är mest tilltalande.

Referenser

- Brülde B. (2007) Vad är folkhälsa och hur ska den mätas? En normativ teori om folkhälsoarbetets yttersta mål. Göteborg: Filosofiska institutionen.
- Mackenbach J., Kunst A., Cavelaars A., Groenhouf F., Geurts J. and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349: 1655-59.
- Rogers W. (2007) Health inequities and the social determinants of health. I: Ashcroft R., Dawson A., Draper H. & McMillan J. (red.), *Principles of Health Care Ethics*, 2nd edition. Chichester: Wiley.
- Temkin, L.S. (1993) *Inequality*. Oxford: Oxford UP.
- Veenhoven R. and Kalmijn W. (2005) Inequality-adjusted happiness in nations: Egalitarianism and utilitarianism married in a new index of societal performance. *Journal of Happiness Studies*, 6: 421-455.

Noter

- 1 Notera att detta implicerar att det finns två i grunden olika sätt att förbättra folkhälsan på: Att förbättra de befintliga individernas HALE samt att påverka vilka som existerar, t.ex. genom selektiv abort.
- 2 Tanken att folkhälsoarbetet *enbart* bör sträva efter att höja medelvärdet är relativt ovanlig, men man kan notera att denna tanke finns inbyggd i den s.k. kostnadseffektivitetsprincipen, som säger att *resurser* bör fördelas på ett sådant sätt att man maximerar hälsovinsten per krona. Här spelar det ingen roll om en viss hälsovinst tillfaller en person med god eller dålig hälsa, dvs. det är endast medelvärdet som räknas.
- 3 Enligt Temkin (1993) finns det åtminstone sex relevanta typer av jämlikhetsöverväganden, tre uppfattningar om (legitima) klagomål och tre jämlikhetsprinciper. Varje uppfattning om

- klagomål kan kombineras med var och en av de tre jämlikhetsprinciperna, och varje sådan kombination ger ett bestämt svar på frågan om hur olika fördelningar ska rangordnas med avseende på jämlikhet (eller "jämlikhetsvärde"). Temkin påpekar också att de olika traditionella jämlikhetsmått som finns utgår från olika uppfattningar om klagomål, å ena sidan, och från olika jämlikhetsprinciper, å den andra. För en mera utförlig beskrivning av dessa tankar, se Brülde 2007.
- 4 Vi måste först ta ställning till vilka ojämlikhetens moraliskt relevanta aspekter är. Vi kan därefter försöka komma fram till hur dessa aspekter bör mätas. Om det finns fler relevanta aspekter än en måste vi även avgöra vilken relativ vikt dessa olika aspekter ska ha, så att de kan kombineras i ett enda sammanfattande jämlikhetsmått.
- 5 Ett annat exempel på ett fall där prioritismen och egalitarianismen kan dra åt olika håll återfinns i Mackenbach et al. (1997). I denna artikel påstås det att ojämlikheten i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är större i Sverige och Norge än i andra västeuropeiska länder. Samtidigt ligger varje grupp på en högre hälsosnivå i Sverige och Norge än i andra länder. I vilka länder finner man den mest önskvärda hälsofördelningen? Prioritisten anser utan att tveka att det är i Sverige och Norge, medan egalitarianen tycker tvärtom. Faktum är att många intog den egalitarianistiska positionen i denna fråga. Tipstack till Ingvar Karlberg.
- 6 Observera att denna klassifikation av olika orsaker till hälsoskillnader (biologiska, strukturella samt fritt valda beteenden) skiljer sig något från en annan vanlig klassifikation, nämligen den mellan genetiska faktorer, strukturella faktorer samt livsstilsfaktorer. Skälet till detta är att den första klassifikationen hör hemma i en rättvisekontext, där frågan om vad vi själva kan eller inte kan rå för ofta är central.

Summary in English

The goals of public health II: The distributive goal

In the first two articles, we have seen that a plausible theory of the ultimate goals of public health has to answer two questions, namely: (a) How exactly should public health try to benefit the relevant individuals? What individual variables are most relevant in this context? (b) What are the distributive goals of public health, i.e. what distribution of the relevant individual variables is most desirable in a public health context? The last article dealt with (a), and I argued that weighted HALE's is the most relevant individual variable. This article deals with (b), and I argue that the priority view and egalitarianism are the two most interesting views.

Key words: Public health, inequity, inequality, egalitarianism, the priority view