



Grundläggande ansvars-, värde- och policyfrågor i folkhälsöarbete och -politik



Christian Munthe
Dept of philosophy, linguistics & theory of science
flov.gu.se

Munthe, C (2008). The Goals of Public Health: An Integrated Multi-dimensional Model. *Public Health Ethics*



Vad har vi begreppet “ansvar” till?

- Knyta samman händelser med individer i beskrivningar och normer
- Mord är dåligt → det är dåligt av en person att mörda → mördare är dåliga
- Rädda liv är bra → det är bra av en person att rädda liv → livräddare är bra
- Behövs i den mån som **det som människor gör kräver någon slags reaktion från oss andra**, samhället, e dyl
- Även för att specificera **hur (gemensamma) åtaganden ska genomföras**: vem ska göra vad, hur mycket, m.m.?
- X vore önskvärt → för att X ska bli av måste a, b, c.... göra Y → a, b, c.... Har ett ansvar att göra Y
- Dessa båda syften kan hänga ihop mer eller mindre.....

Viktiga distinktioner gällande “ansvar”

- Bakåtriktat ansvar vs. Framåtriktat (utförande-) ansvar
- **Vara ansvarig:** att vara (det förväntade) upphovet till en händelse eller tillstånd
 - Kausalitet (Karls förklaringsperspektiv)
 - Insikt
 - Kontroll (från frånvaro av tvång till rimligt tillgängliga alternativ)
 - Normerad förväntan (vad vi förutsätts förstå & kunna i ett sammanhang)
- **Att ta sitt ansvar:** att göra det som man har (framåtriktat) ansvar för att göra
- **Att hållas ansvarig / ställas till ansvar:** att bli föremål för någon sorts reaktion på grund av och i termer av något man kopplas samman med: vård → prioritering / kostnadstäckning / tillgänglighet
- **CENTRAL FRÅGA:** Hur ska det faktum att en person (bakåtriktat) bedöms **vara** ansvarig för att en händelse har inträffat eller ett tillstånd har inträtt relateras till frågor om (a) vilket **framåtriktat** ansvar personen har, (b) i vilken mån personen **ska hållas ansvarig** för det som skett.
- Det faller tillbaka på frågan vad sådana ansvarsfördelningar **är till för.....**

Folkhälsoarbetets och -politikens mål

- Ursprungligen: befrämja befolkningshälsan $\approx$ det samlade agregatet av individuella hälsotillstånd viktade och mätta på något vis
 - Den enskilde individens hälsa inte i centrum, fokus på (primär) prevention och strukturella faktorer
 - Antalet berörda av stor betydelse: fokus på folksjukdomar och strukturellt genererade hälsoproblem
 - Litet utrymme för självbestämmande → Standardlösningar (dricksvatten, avlopp, BVC, prismanipulationer, vaccinationsprogram), stor kostnad / brist på uppenbar nytta för den enskilde att avvika och därmed stort ansvar på den enskilde att medverka, men åtgärden ger också **stor nytta där samhället tar ansvaret**
 - Mycket **stor betydelse för samhällsekonomin**, förutsättning för en generös allmän hälso- och sjukvård: kollektiv nyttighet, infrastruktur
- Senare: fördelningsfokus på att minska hälso- ojämlikheter....
- Ännu senare....

Folkhälsoarbetets och -politikens mål forts.

- Liberalisering: flytt av fokus från hög lika befolkningshälsa till "lika möjligheter till god hälsa" för hela befolkningen (2003)
 - Samhället tillhandahåller eller hjälper individer att få tillgång till och "konsumera" hälsobefrämjande åtgärder i den mån de vill → kostval, träning, arbetsbelastning, vaccin... → **Huvudansvaret för hälsan läggs i ökande grad på enskilda, men som då också blir mer fria att välja – samhället tar ansvar genom HoS.**
 - **Individualisering av åtgärdsfokus** → strukturella faktorer & kollektiva nyttigheter i bakgrunden → osäker påverkan på befolkningshälsan → **risk för negativa spiraler** (≈ marknadsmisslyckanden / sociala dilemman) där enskilda hålls ansvariga för sin sämre hälsa trots att de har svaga möjligheter att påverka den, med resultatet att den blir ännu sämre, eller sprider sig till andra (smittskydd), o.s.v.
 - **Tendens att ignorera eller nedprioritera strukturella åtgärder** trots att de kanske skulle ha mer effekt på befolkningshälsan. **Typiskt exempel: fokus på livstilsförklaringar, t.ex. vid fetma trots att åtgärder på dessa har föga effekt**
 - Aktualiserade hälso- och sjukvårdsåtgärder fördyras, utbudet/individ minskar → enskilda hålls än mer ansvariga för sin ohälsa, o.s.v.
 - Idén att många är ansvariga för sin ohälsa och därför bör hållas ansvariga för den alltmer tilltalande (därför att de inte valt att konsumera tillhandahållna hälsonyttigheter och det råder resursknapphet i hälso- och sjukvården): **ett individinriktat förklaringsperspektiv tenderar att produceras än mer**
 - **Svårigheter för långsiktigt, systematiskt folkhälsoarbete** i befolkningshälsans tjänst spiral
 - **Samtidigt:** rimligt att öka individens frihet att välja hälso-strategier, då befolkningshälsan är jämligt hög (Tage Erlander)

Koppling till frågan om ansvarsfördelning

- Redan vad gäller frågan om vem som **är** (bakåtriktat) ansvarig för hälsotillstånd krävs normativa skäl för att berättiga ett perspektiv över ett annat
- Steget till frågan om vilka parter som ska **hållas** (bakåtriktat) ansvariga och **tillskrivas framåtriktat** ansvar kräver ytterligare normativ argumentation: **folkhälsö-etik**.
- Då det gäller folkhälsorelevanta områden där det finns stora inslag av strukturella förklaringsfaktorer finns en **risk att normativa perspektiv som fokuserar på individen kan resultera i sämre befolkningshälsa samt ökad hälso- ojämlikhet** (negativa spiraler och sociala dilemman)
- Samtidigt är det i linje med en **allmänt omfattad liberal värdering att mer frihet och ansvar för individer är motiverat när befolkningshälsan ökar och hälso- ojämlikheter minskar**
- **Paradox och spänning:** ansvarsundergrävande faktorer kan komma i bakgrunden trots att de tillväxer som bieffekt av en ökad liberalisering och individualisering i folkhälsöarbetet
- På folkhälsö-området är kopplingen frihet – ansvar enligt standard-mallen komplicerad och idén om ”lika möjligheter” till god hälsa inte självklart argument för individualisering av förklaringsperspektiv och åtgärdsstrategier