

Hälsobegreppets innebörd

Claes-Göran Westrin

Hälsobegreppet är mångtydigt och svårhanterligt både i vårdpolitiska och vetenskapliga sammanhang. Om man skall mäta hälsa och ohälsa måste man därför precisera sina begrepp.

Nedanstående artikel behandlar olika aspekter man därvid bör ta hänsyn till.

Professor Claes-Göran Westrin är överläkare vid socialmedicinska avdelningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Hälsa är ett besvärligt begrepp, töjbart, slirigt, mångtydigt, ungefär som begrepp som frihet och demokrati och av ungefär samma orsaker. Det är en slags good-will-ord som var och en tenderar att fylla in eller fylla med sina egna värderingar och förhoppningar. Likheten mellan de nämnda begreppen förstärks av att också hälsa det senaste decenniet blivit ett ord i det politiska språket.

Denna slirighet och töjbarhet skapar trovärdighetsproblem i olika sammanhang och det är en av de faktorer som komplicerar en diskussion om hur man skall mäta hälsa.

I mitt inlägg skall jag ge en kort översikt, sammanfattad i tabell 1, över några av de frågeställningar som på så sätt kan uppstå.

Hälsa-ohälsa i fysisk och psykosocial mening

Den första frågeställning gäller då konsekvenserna

Hälsa är ett besvärligt begrepp, töjbart, slirigt, mångtydigt ungefär som begrepp som frihet och demokrati.

av att hälso-ohälsa-begreppen innefattar inte bara fysiska utan även psykiska och sociala aspekter. Historiskt sett är detta kanske det mest kända exemplet på ett politiskt användande av termen hälsa. Det härrör som bekant ur WHO:s hälsodefinition, tillkommen på 1940-talet. Denna definition har enligt min uppfattning fått oförtjänt dåligt rykte. Vi klarar oss knappast utan en övergripande term av ungefär den allmänna karaktär man finner i just WHO:s hälsodefinition.

Den mångtydighet som på så sätt uppstår gör det emellertid extra viktigt att man så långt möjligt preciserar vad man menar med begrepp som hälsa-ohälsa-sjukdom. Inte minst måste man här ta hänsyn till att olika språktraditioner existerar sida vid sida.

En tradition är att utgå från förekomst eller sannolik förekomst av anatomiska eller fysiologiska/kemiska störningar och då tala om sjukdom – ett sjukdomsbegrepp i mer renodlad medicinsk bemärkelse.

Ett annat språkbruk utgår från de enskilda människornas upplevelser av att deras välbefinnande är nedsatt, dvs att de har en sjukdomskänsla eller från

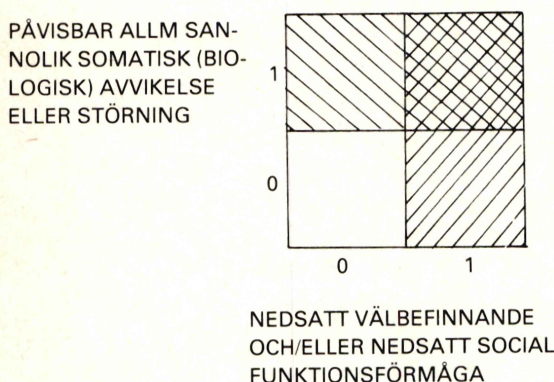
Tabell 1. Några frågeställningar om hälsobegreppets innebörd vid mätning av hälsa

1. Skall man mäta hälsa-ohälsa i fysisk eller psykosocial mening?
2. Skall man mäta ideal eller statistisk hälsa?
3. Skall man enbart mäta hälsa i negativa termer, såsom ohälsa eller sjukdom, eller även "plushälsa"?
4. Skall man mäta både individens och familjens hälsa?
5. Vilka konflikter finns mellan olika hälsomål?
6. Vilka metodologiska mätproblem erbjuder hälsa-ohälsa?
7. Vad är betydelsen och nyttan av hälsomätningar?
8. Vem skall värdera nyttan av hälsomätning?

att de inte klarar av sina sociala förpliktelser, dvs att de anammar en sjukroll.

Relationen mellan dessa två aspekter kan schematiskt avspeglas i en fyrfältstabel (figur 1). På den ena axeln kan man då registrera förekomst respektive icke-förekomst av biologiska störningar. På den andra axeln kan man då för enkelhetens skull slå samman de psykiska och sociala aspekterna till en fråga om förekomst respektive icke-förekomst av nedsatt välbefinnande och/eller sociala funktionsstörningar.

Figur 1 Olika aspekter på hälsa-ohälsa-sjukdom



I denna tabell kommer då i en ruta de renodlat medicinska – om man så vill det fysiska – sjukdomsbegreppet att sammanfalla med det psykosociala. Ett annat fält blir helt blankt, här råder hälsa i såväl fysisk som psykosocial mening. Men beträffande de övriga två fälten råder en viss förvirring både i språkbruk och praktisk hantering.

En tendens – kanske vanligast för ett par decennier sedan – har varit att utöka sjukdomsbegreppet och sjukförklara såväl nedsatt välbefinnande som biologiska störningar oavsett om de båda aspekterna sammanfaller eller ej. Tendensen har fått många fula namn: diagnostisk kultur, medikalisering, medicinsk imperialism och den har medfört att sjukdomsbegreppet fått dålig klang i särskilt samhälls- och beteendevetenskapliga kretsar.

En annan tendens, alltmer förhärskande i många sammanhang det senaste decenniet, har varit att

Ordet hälsa skulle i begriplighetens intresse framöver endast användas i betydelsen "ta i hand".

närmast slopa sjukdomsbegreppet och gå över till att enbart tala om hälsa-brist på hälsa-ohälsa. Men också detta har skapat en förvirring, därhän att Gösta Tibblin i en tankvärd artikel om vårdspråk och språkvård (1) hävdar att ordet hälsa i begriplighetens intresse framöver endast skall användas i betydelsen "ta i hand". Detta är ett tilltalande men knappast realistiskt ställningstagande.

Det enda jag kan se kan göras är att var och en för sig försöker att vara så konsekvent som möjligt i språkbruket.

Mina egna språkvanor är därvid följande:

att vid alla tillfällen av mätning av hälsa-ohälsa försöka beakta både fysiska, psykiska och sociala aspekter

att använda termen ohälsa som en övergripande term som täcker alla tillstånd med biologiska störningar och/eller nedsatt välbefinnande eller sociala funktionssvikt

att reservera termen sjukdom för tillfällen då sjukdomskänsla, sjukdomsbeteende och biologiska störningar tycks sammanfalla.

Ideal och statistisk hälsa

Nästa fråga gäller i vad mån vi skall utgå från ett idealt hälsobegrepp – dvs att hälsa skall vara att må perfekt eller fungera perfekt i alla avseenden – eller ett statistiskt hälsobegrepp – dvs att hälsa är vad som är normalfynd i en viss befolkning vid ett visst tillfälle. Det första begreppet behövs som en målsättning men de har den nackdelen att knappast någon kan friskförklaras. Det andra begreppet kan behövas tex där vi behöver normalvärden som ett slags provisoriska ideal, då vi inte riktigt vet de

Är hälsa att må perfekt och fungera perfekt eller är det vad som är normalfynd i en viss befolkning vid ett visst tillfälle?

gentliga ideala värdet, tex beträffande ett visst laboratorieprov. Risken med detta begrepp är att vi om god hälsa registrerar tex en endemisk sjukdom om drabbar större delen av en befolkning, låt oss säga en inälvsmask i vissa u-länder. Slutsatsen blir att vi inte kan undvara någondera begreppet men att i återigen så långt som möjligt måste göra klart för oss när vi använder den ena eller den andra betydelsen.

Sjukdom och "plus-hälsa"

Om den tredje aspekten är att säga att medicinska verksamhet nästan genomgående intresserat sig för hälsa i negativa termer, dvs indikationer på risk, ohälsa eller sjukdom. Det finns emellertid skäl att också försöka fånga in positiva faktorer. Konkreta exempel på vikten av detta kan hämtas från klinisk erfarenhet, tex att det vid rehabilitering av en paraplegiker kan vara mindre intressant att klassificera vad patienten kan göra med sina förlamade ben än att undersöka vad han har för förutsättningar att utveckla kompenserande styrka i sina armar. Här kan finnas en intressant utmaning att försöka utveckla diagnostik och mätning för att klarlägga individernas styrka, deras "plus-hälsa".

Familjens hälsa

Om den fjärde punkten är att säga att medicinska verksamhet nästan enbart intresserat sig för att studera och behandla ohälsa hos individen. Det otillfredsställande i detta har uppmärksamats inom barn- och ungdomspsykiatri där man så småningom iakttagit hur besvären hos barn som förs till sjukvården ofta är uttryck för ohälsa hos andra familjemedlemmar. Barnets symtom – värk eller oro – kan visa sig vara en ganska normal reaktion på en kanske psykiskt svårt sjuk moders beteende. Barnet kan tomt uppfattas som en bärare eller syndabock för den ohälsa som kännetecknar situationen i familjen som helhet. Sådana iakttagelser har medfört att man på många håll inom barn- och ungdomspsykiatri slutat tala om *pat* (patienten) och i stället betecknar det barn man möter som *IP* – den identifierade patienten. Utan att rekommendera att man systematiskt går över till ett sådant språkbruk skulle det skulle lätt bli absurt – tror jag att vi inom

både barnmedicin och vuxenpsykiatri har mycket att lära av detta exempel.

Konflikter mellan olika hälsomål

Om en femte aspekt kan kort sägas att konflikter mellan olika hälsomål självfallet kan uppstå om man skall behandla den enskildes hälsa samtidigt med familjens hälsa. Den konflikten kan också uppstå i avvägningen mellan fysiska och psykosociala hälsomål – tex en konflikt mellan målet största möjliga välbefinnande hos individ och målet social hälsa i betydelsen viss social funktion (en viss arbetsinsats i skolan eller en hygglig anpassning i skola eller familj). Sådana konflikter kan vara uppenbara i det kliniska arbetet men har sällan eller aldrig beaktats i epidemiologi och hälsomätningar. Frågan är om vi verkligen helt kan gå förbi denna aspekt i undersökningar som tex försöker att uppfylla den nya hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på att ta hänsyn till hela befolkningens behov av hälsobefrämjande åtgärder.

Hälsa som mätproblem

Om hälsa-ohälsa som mätproblem kan mycket sägas. Här finns hela den osäkerhet som generellt gäller våra mätmetoder i fråga om validitet, reliabilitet och representativitet beträffande undersökningsgrupp etc.

Det kanske mest påfallande mätproblemet just beträffande barn härrör från utvecklingsperspektivet. En låg vikt eller en låg utvecklingsnivå jämfört med det för åldern normala kan ju tex för ett invandrarbarn bero på genetiskt eller socialt betingade olikheter i utvecklingstakten och ett avvikande värde kan kanske utan vidare hämtas in på något år. Till detta måste självfallet hänsyn tas till hälsomätningar.

Nytta av hälsomätningar

Nästa aspekt gäller att ett självbärande ideal som hälsa i ett självbärande sammanhang som det medicinska medför stora risker för att mätning av hälsa blir en slags konst för konstens egen skull. Vi har ju alla den inte särskilt uppmuntrande utvärderingen av decenniers hälsokontroller av vuxna i minne.

.....
Ett självbärande ideal som hälsa i ett självbärande sammanhang som det medicinska medför risker för att mätning av hälsa blir ett slags konst för konstens egen skull.
.....

Decennier av skolhälsokontroller torde få ungefär samma eftermäle. Detta betyder inte att varje tillfälle av hälsomätning bör vara omedelbart räntabel genom effekter i direkta terapeutiska åtgärder. Men en ökad klarhet måste eftersträvas beträffande tänkbara effekter av varje hälsomätande verksamhet.

Det kan här vara anledning att ställa något olika krav i olika sammanhang. I ett kliniskt sammanhang är hälsomätningen, diagnosen, närmast ett naturligt led i den terapeutiska processen. Relativt måttliga krav kan ställas på vetenskapligt bevisbar nytta och vetenskaplig precision i mätningen. När det gäller rena preventiva hälsokontroller som främst utgår från den enskilde individens intresse kan dessa knappast vara meningsfulla om de inte är omedelbart nyttiga som underlag för sannolikt effektiva terapeutiska åtgärder. I andra fall kan hälsomätningen främst utgå från samhällets intressen, tex för att få en fördjupad bild av befolkningens hälsa för vårdplanering eller fördjupade orsaksstudier. I detta fall måste emellertid helt andra krav på vetenskaplighet ställas på undersökningsmetodiken, där man får akta sig att styras av mer eller mindre tillfälliga hugskott om inte trovärdighetsproblem skall uppstå. Det är oetiskt att vetenskap utan vetenskaplighet!

Värderingarnas betydelse

Bakom nyttobedömningar ligger alltid någon form av värderingar. Här möter vi åter konflikter mellan olika grupper. De ger upphov till frågan vems värderingar som skall gälla – läkarens som kanske mest strävar efter kunskap, samhället som kanske ett visst läge vill ha kontroll eller den speciella individen eller gruppen som vill ha gehör för sina särskilda värderingar. Vi har i den vetenskapliga världen ett visst system för att tillfredsställa dessa olika intressen i våra etiska kommittéer. Men jag tror att detta är en aspekt som kräver ett mer omfattande engagemang särskilt om man skall följa HSL och mer fortlöpande undersöka befolkningens hälsa. Integrationsproblemen har aktualiserats påtagligt i tex diskussionerna om personuppgifter i samband med folk- och bostadsräkningen och på sistone i samband med försök att rutinmässigt testa skoleleverns urin för narkotika.

Detta illustrerar behovet att hos undersökarna i tex läkarna, skapa en bättre etisk medvetenhet och en bättre förmåga att informera och föra en slagkraftig dialog med berörda delar av befolkningen.

Annars kan risk föreligga för en rädsla för hälsomätningar som hotande för individen – ”storebror ser dig” – och då kan vi komma till korta hur väl vi än utvecklar våra variabler och våra metoder att studera hälsan.

REFERENSER

1. Tibblin, G: Vårdspråk och språkvård, Läkartidningen sid 4535–4536, 1981, vol 50.