Tidskrift för politisk filosofi

№ 1 2025 —— årgång 29

Bokförlaget *Thales*

→ Etiska utmaningar med att använda DALY som beslutsstöd för hälsointerventioner: lärdomar från populationsetiken

Tim Campbell

GLOBAL BURDEN OF Disease Study (GBDS) är ett internationellt och tvärvetenskapligt projekt för att kvantifiera hälsoförluster till följd av ett stort antal sjukdomar och funktionsnedsättningar (Murray och Lopez 2013). Dessa förluster uttrycks i enheter av *funktionsjusterade levnadsår* (DALY). DALY är ett potentiellt användbart mått för att kvantifiera hälsoförluster eftersom det kombinerar dödlighet och sjuklighet i ett enda mått.[1] Hälsoförluster på grund av dödlighet uttrycks i *förlorade levnadsår* (eng. *years of life lost* YLL), medan hälsoförluster på grund av sjuklighet uttrycks i *år som levts med funktionsnedsättning* (eng. *years lived with disability*, YLD). Mer exakt är YLD avsett att fånga upp den hälsa som går förlorad *under de* år som man lever med funktionsnedsättning. Hälsoförlusten under dessa år fastställs genom att man jämför en funktionshindrad persons hälsotillstånd med en referenspunkt, som är «full hälsa», eller tillståndet att leva utan funktionshinder (mer om detta nedan). Det totala antalet DALY beräknas sedan som summan av alla YLL och alla YLD. Inom global hälsa kallas det totala antalet DALY aggregerat över hela den globala befolkningen för den globala *sjukdomsbördan*.

Förutom att kvantifiera hälsoförluster kan DALY potentiellt användas som informationsunderlag och beslutsstöd inom hälso- och sjukvårdspolitik (Murray och Acharya 1997; Lyttkens 2003; Arnesen och Kapiriri 2004). Uppskattningar av en hälsointerventions effektivitet kan uttryckas som antalet *förhindrade DALY*, d.v.s. antalet DALY som interventionen skulle *förhindra*. En uppskattning av kostnadseffektiviteten kan då göras mätt i antal avvärjda DALY *per dollar som spenderas* på att genomföra interventionen. I princip skulle sådana kostnadseffektivitetsberäkningar göra det möjligt för beslutsfattare

att göra prioriteringar inom global hälsa, där tanken är att finansiera insatser på ett sätt som minimerar antalet DALY (eller maximerar antalet avvärjda DALY).

Nyligen har GBDS utvidgats till att utvärdera framtida hot mot den globala hälsan, till exempel klimatförändringar, pandemier och politiska konflikter (Kanem, Murray och Horton 2023). The Lancet Commission on 21st Century Global Threats to Health har inrättats som en oberoende röst för att uppmärksamma dessa risker. Kommissionen kommer att bedöma omfattningen av potentiella hot mätt i DALY och även överväga vilka insatser för att minska dessa hot som kan anses vara effektiva. Jämfört med GBDS tidigare arbete är Lancet-kommissionens uppgift bredare, med fokus på hela 2000-talet, och omfattar även utvärdering av existentiella risker.

Denna artikel fokuserar på en rad problem med att använda DALY som ett mått på effektiviteten av hälsoinsatser. Dessa problem kommer från *populationsetiken*, den del av etiken som handlar om att formulera en adekvat teori om värdet av populationer där antalet människor, deras välfärd och deras identiteter kan variera (Arrhenius och Campbell 2018: 54). En sådan teori kan rangordna populationer med avseende på värde och skulle kunna användas som beslutsunderlag för politiska reformer. Som är välkänt bland populationsetiker är dock alla teorier på detta område drabbade av allvarliga svårigheter (Arrhenius 2011, 2016, kommande). Jag kommer att visa att liknande svårigheter uppstår när man försöker rättfärdiga användningen av DALY för att mäta effektiviteten av hälsoinsatser.[2] Jag kommer att granska tre tänkbara moralfilosofiska argument som talar för att mäta effektiviteten av hälsoinsatser i DALY. För varje argument visar jag att det står inför problem som liknar de som uppstår inom populationsetiken. Slutsatsen är att i de fall där hälsoinsatser skulle förändra antalet människor i den globala befolkningen eller deras identitet, kommer problem från populationsetiken i någon form att »ärvas» och föras vidare till en teori för prioritering inom global hälsa. Den tredje motiveringen som jag diskuterar är dock den enda som på ett trovärdigt sätt fångar den normativa betydelsen av insatser för att förhindra att mänskligheten dör ut. Därför lämpar den sig bäst för Lancet-kommissionens syfte att utvärdera ett brett spektrum av hot som inkluderar hot om mänsklig utrotning.

I avsnitt ett förklaras mer i detalj vad DALY är och hur det fungerar. I avsnitt två till fyra avhandlas de tre olika argumenten för att vi bör mäta effektiviteten av hälsoinsatser i DALY, och jag visar hur varje argument står inför ett av problemen som återfinns inom populationsetiken. I avsnitt fem förklaras varför det tredje argumentet, trots dess problem, är bäst lämpat för att utvärdera insatser för att förhindra mänsklig utrotning. Avsnitt sex innehåller slutsatserna.

1 Detaljer om DALY

DALY OMFATTAR BÅDE *förlorade levnadsår och år som levts med funktionsnedsättning*. För att kvantifiera antalet förlorade levnadsår till följd av ett enskilt dödsfall subtraherar man individens ålder när den dör från den förväntade livslängden för samma individ vid den åldern. I stället för att använda faktiska åldersrelaterade förväntade livslängder för detta ändamål är det vanligt att använda en standardiserad förväntad livslängd. I Global Burden of Disease Study (GBDS) 2015 är den standardiserade förväntade livslängden 86,6 år (Wang m. fl. 2016). Denna siffra har tagits fram genom att titta på den lägsta observerade dödligheten i flera olika globala populationer och kan betraktas som den «ideala» förväntade livslängden - den ålder som en individ (i princip) kan förväntas leva till om hon lever helt utan funktionsnedsättning.[3] DALY är därför ett mått på hälsounderskott relativt detta ideal.

Om den ideala livslängden är 86,6 år bidrar en nyfödd persons död (vid 0 års ålder) med 86,6 förlorade levnadsår och därmed 86,6 DALY till den globala sjukdomsbördan. En ung vuxen persons död vid 20 års ålder bidrar med 66,6 DALY o.s.v. GBDS 2015 utgår från att alla förlorade levnadsår ges lika stor vikt – varje år bidrar med ett DALY. Alla år som levts med funktionsnedsättning behandlas dock inte på samma sätt; vissa funktionsnedsättningar anses vara värre än andra. Till exempel anses det hälsotillstånd som förknippas med *tuberkulos med HIV-infektion* vara sämre än hälsotillståndet som förknippas med *tuberkulos utan HIV-infektion*. För att ta hänsyn till sådana skillnader mellan olika hälsotillstånd använder sig Global Burden of Disease Project av *funktionsnedsättningsvikter*. Dessa är siffror som sträcker sig från 0 (vilket motsvarar ett tillstånd av perfekt hälsa) till 1 (vilket motsvarar ett tillstånd av död). Olika funktionsnedsättningar tilldelas

olika vikter – ju högre vikt, desto större är den hälsoförlust som funktionsnedsättningen medför. I GBDS 2010 har till exempel hälsotillståndet tuberkulos utan HIV-infektion en funktionsnedsättningsvikt på 0,331, medan hälsotillståndet tuberkulos med HIV-infektion har en funktionsnedsättningsvikt på 0,399 (Salomon m. fl. 2012, bilaga 21, tabell 3). Tio års liv i det senare tillståndet genererar 3,99 DALY, medan tio års liv i det förra endast genererar 3,31 DALY. DALY används alltså för att jämföra hälsoförluster från olika funktionsnedsättningar och för att jämföra hälsoförluster från funktionsnedsättningar med hälsoförluster från för tidig död.

Men *varför* bör effektiviteten i en hälsoinsats mätas i minskat antal DALY? Varför ska målet med hälsopolitiken vara att minimera den totala hälsoförlusten? I de följande tre avsnitten tar jag upp tre olika tänkbara argument, som vart och ett har sina egna svårigheter.

2 Individuell förbättring av hälsa

ENLIGT VAD JAG kallar *motiveringen om individuell förbättring (Individual Improvement Justification*, IIJ), är en hälsoåtgärd effektiv i den utsträckning som den förbättrar hälsotillståndet för individer, och detta mäts genom antalet DALY som undviks genom åtgärden. När en åtgärd förbättrar hälsotillståndet för en viss individ innebär det att denna individ får ett hälsotillstånd som är bättre (d.v.s. närmare den ideala förväntade livslängden) än det hälsotillstånd hon skulle ha haft utan åtgärden. Med andra ord handlar det om jämförelser av två olika möjliga hälsotillstånd för en och samma individ – det hälsotillstånd hon skulle ha om interventionen genomfördes och det hälsotillstånd hon skulle ha om interventionen inte genomfördes. Om interventionen förbättrar en individs hälsotillstånd innebär det att individen *får det bättre* (åtminstone vad gäller hälsan) än vad hon annars skulle ha haft det.[4] Förbättringen av befolkningens allmänna hälsa behandlas sedan som summan av alla individuella hälsoförbättringar (minus eventuella individuella hälsoförsämringar). Ju fler DALY som sparas, desto större är den totala förbättringen av den totala hälsan. IIJ är enkel och intuitiv. Den återspeglar det rimliga påståendet att målet med hälsopolitiken bör vara att förbättra hälsotillståndet för *så många människor* som *möjligt så mycket som* möjligt. Det återspeglar

också ett ideal om att främja allmänt välbefinnande, att förbättra hälsan hos individer.[5] IIJ verkar dock leda fel när politiska beslut inte bara påverkar individers hälsotillstånd utan också *vilka* individer som existerar. I dessa fall ställs IIJ inför ett problem som är relaterat till *icke-identitetsproblemet* inom populationsetiken.

Icke-identitetsproblemet benämndes ursprungligen och introducerades i litteraturen av Derek Parfit (1984: 351–360). Det kan illustreras med ett exempel från folkhälsoområdet.[6] År 2015 inträffade ett utbrott av zika-viruset i Brasilien. Zika kan leda till att barn som föds av kvinnor som smittats när de var gravida utvecklar mikrocefali, ett tillstånd som innebär kraftigt underutvecklade hjärnor och små huvuden. I Brasilien rapporterades mellan 2010 och 2015 cirka 200 fall av mikrocefali per år. Under epidemin, mellan november 2015 och februari 2016, steg antalet till 5 280 (de Araujo m. fl. 2016). Mikrocefali orsakar spädbarnsdödlighet och kan förkorta den förväntade livslängden för dem som överlever. Dessutom lever personer med mikrocefali i ett tillstånd av *svår intellektuell funktionsnedsättning* som innebär en funktionsnedsättningsvikt på 0,16 (Salomon m. fl. 2015). Alfaro-Murillo m. fl. (2016) uppskattar att ett fall av mikrocefali i Brasilien under zikaepidemin i genomsnitt orsakade cirka 30 DALY. Den ökade förekomsten av mikrocefali i Brasilien under denna tid kan ha orsakat hundratusentals DALY.

Som svar på zikaepidemin försökte regeringar, företag och ideella organisationer att få föräldrar att senarelägga tidpunkten för befruktning. Ett exempel på detta var bildandet av Zika Contraception Access Network, ett nätverk vårdgivare som verkade för att minska förekomsten av mikrocefali genom att tillhandahålla preventivmedelsrådgivning och reversibla preventivmedel till kvinnor i Puerto Rico som valde att skjuta upp sina graviditeter till efter 2017 (Lathrop m. fl. 2018). Den amerikanska folkhälsomyndigheten, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) rådde par som reste till områden med risk för infektion att skjuta upp befruktningen med minst tre månader efter resan. De rådde också dem som bodde i områden med zikavirus att följa liknande tidtabeller om de skulle bli smittade av viruset (CDC 2016).

Sådana interventioner kan ha förhindrat många DALY. Men det är svårt att se hur de skulle ha kunnat förbättra hälsotillståndet för något barn, i den meningen att de skulle ha lett till ett bättre hälsotillstånd för

detta barn än det hon annars skulle ha haft. Om interventionerna var framgångsrika beror det på att de ledde till friska barn som annars inte skulle ha funnits och att de reducerade antalet mikrocefaliska barn. Med andra ord ersatte interventionerna, om de var framgångsrika, vissa mindre friska individer med friskare individer. Parfit (1984: 352) konstaterar att «om en viss person inte hade blivit till inom en månad från den tidpunkt då han faktiskt blev till, skulle den personen i själva verket aldrig ha existerat». Parfit kommer fram till denna slutsats genom följande resonemang: varje person utvecklas ur ett visst ägg och en viss spermie. Tänk nu på en faktisk person, till exempel Maya Angelou. Anta att Maya Angelou inte blev till vid den tidpunkt då hon faktiskt blev till, utan att hennes föräldrar i stället fick ett barn mer än en månad senare. I så fall skulle det ägg och den spermie som detta senare barn skulle ha utvecklats från inte ha varit det ägg och den spermie som Maya Angelou faktiskt utvecklades från. En annan spermie skulle ha befruktat ett annat ägg. Resultatet skulle ha blivit en person vars kausala ursprung, erfarenheter, fysiologi och psykologi skulle ha varit annorlunda; det skulle ha varit en annan *person – någon annan* än Maya Angelou – även om denna person hade fått *namnet* «Maya Angelou».

Om den faktiska tidpunkten för befruktningen hade fördröjts med mer än en månad skulle Maya Angelou inte ha existerat. Detta resonemang verkar gälla för alla faktiska fall av naturlig befruktning. Slutsatsen för IIJ är följande. Om vi mäter hälsovinsterna av de insatser som beskrivs ovan i DALY-avvikelser, kan vi inte motivera det med att antalet DALY-avvikelser återspeglar i vilken utsträckning insatserna förbättrade hälsotillståndet för specifika individer. Detta visar ett generellt problem för IIJ. Ibland motsvarar vinsterna från en hälsoinsats, mätt i sparade DALY, inte förbättringar i någon individs hälsotillstånd. Problemet är generellt eftersom, som Parfit också insåg, de flesta interventionerna på policynivå förändrar vilka som kommer att existera i framtiden, förutsatt att effekterna av dessa policyer är omfattande:

> Det är inte sant att oavsett vilken politik vi väljer så kommer samma personer att existera i en längre framtid. Med tanke på hur två sådana policyer påverkar detaljerna i våra liv, skulle det med tiden bli alltmer sant att människor gifte sig med olika människor beroende de olika policyerna. Och även i samma äktenskap skulle barnen med tiden i allt

> högre grad bli till vid olika tidpunkter. […] [B]arn som blir till mer än en månad tidigare eller senare skulle i själva verket vara olika barn. Eftersom valet mellan våra två policyer skulle påverka tidpunkten för senare befruktningar, skulle vissa av de människor som föds senare existera tack vare vårt val av en av de två policyerna. Om vi hade valt den andra policyn skulle just dessa personer aldrig ha existerat. Och andelen av de senare födda som har vårt val att tacka för sin existens skulle, likt ringar på vattnet i en pool, stadigt växa. Vi kan rimligen anta att det efter ett eller två århundraden inte skulle finnas någon i vårt samhälle som skulle ha fötts oavsett vilken policy vi valde. (Det kan vara till hjälp att fundera på följande fråga: hur många av oss skulle verkligen kunna säga: »[ä]ven om järnvägar och bilar aldrig hade uppfunnits skulle jag ändå ha fötts»?») (Parfit 1984: 361).

Om vi tror att storskaliga (och till och med vissa småskaliga) insatser gör skillnad för vilka individer som finns, kan vi inte bara anta att alla hälsofördelar med dessa insatser, mätt i DALY-avdrag, kommer från att förbättra redan existerande individers hälsotillstånd. Om vi vill ge ett generellt argument för användningen av minskade DALY som ett mått på effektivitet måste vi därför avvisa IIJ.

3 Den ideala hälsan

NÄSTA ARGUMENT SOM vi kommer att utvärdera undviker invändningen mot IIJ. Som jag nämnde tidigare antar Global Burden of Disease Project en ideal hälsostandard för en individ – den ideala ålder som en individ kan förväntas leva till om hon inte har några negativa hälsoeffekter. Begreppet ideal hälsostandard har också tillämpats på den globala befolkningen som helhet. Världshälsoorganisationen (WHO) hävdar att DALY mäter hälsoklyftan mellan den faktiska globala befolkningen och «en ideal hälsosituation där alla lever till en hög ålder, fria från funktionsnedsättning och sjukdom» (WHO). Ett argument för att mäta effektiviteten av en hälsoinsats i DALY bygger på denna idé om «en ideal hälsosituation». Enligt vad jag kallar *motiveringen om ideal hälsa* (*Ideal Health Justification*, IHJ) motiveras att mäta effektiviteten av en hälsoinsats i DALY-avvikelser eftersom det återspeglar i vilken utsträckning insatsen för oss närmare en ideal

hälsosituation där alla lever till en hög ålder utan funktionsnedsättning. Om DALY mäter hälsoklyftan mellan den faktiska befolkningen och en hypotetisk befolkning i en ideal hälsosituation, så mäter DALY-avvikelser i vilken utsträckning en hälsoinsats minskar denna klyfta. Enligt IHJ är målet med hälsopolitiken inte att förbättra hälsan för så många människor som möjligt, så mycket som möjligt, utan att komma så nära en ideal hälsosituation som möjligt, *oavsett vilka enskilda individer som finns.* IHJ undviker därmed icke-identitetsproblemet, eftersom ersättningen av en mindre frisk individ med en friskare minskar den utsträckning i vilken individerna inte når upp till den ideala hälsostandarden för individer, vilket gör att befolkningen kommer *närmare* den ideala hälsosituationen.

IHJ står dock inför ett annat problem, som även detta har sitt ursprung i populationsetiken. Enligt IHJ är hälsoinsatser berättigade när de förhindrar förekomsten av individer som inte uppnår den ideala hälsostandarden. De allra flesta av dem som någonsin har existerat uppnår inte denna standard. Bara ett fåtal individer har haft turen att leva till 87 års ålder utan funktionshinder. Problemet är att förespråkarna för IHJ hävdar att om man hade förhindrat förekomsten av dessa individer som inte har den ideala hälsan skulle det ha lett till ett mycket bättre hälsoresultat, allt annat lika.

För att bättre förstå IHJ:s problem kan man titta på *Mere Addition-principen* från populationsetiken:

> Om individer med goda liv adderas till en population, blir inte populationen sämre, allt annat lika (Arrhenius 2016: 173).

Denna princip förekommer i diskussioner inom populationsetiken och har sitt ursprung i Parfits diskussion om framtida generationer i *Reasons and Persons*. I sin diskussion om hur man ska utvärdera och rangordna möjliga populationer, tar Parfit (1984: 420) upp *genomsnittsprincipen*: den bästa populationen är den som har den högsta *genomsnittliga* livskvaliteten. (Här kan «livskvalitet» behandlas som synonymt med «välbefinnande».) Parfit påpekar att denna princip har orimliga konsekvenser. Han föreställer sig en population med endast två individer – Adam och Eva – som var och en har underbara liv. Därefter föreställer han sig en andra population där det, förutom Adam

och Eva med sina underbara liv, finns en kvadriljon andra människor som alla har en livskvalitet som är *nästan* lika hög som Adam och Evas. Enligt genomsnittsprincipen är denna andra population sämre än den som bara består av Adam och Eva, eftersom den genomsnittliga livskvaliteten är lägre. Men det är absurt. Vi kan inte göra en befolkning sämre bara genom att lägga till människor med hög livskvalitet.

IHJ verkar vara oförenlig med en version av Mere Addition-principen som är formulerad i termer av hälsa snarare än välbefinnande. Även om vi bara är intresserade av individuell hälsa, inte välbefinnande, bör vi inte tro att ett tillskott av människor som till exempel kan förväntas leva till 80 års ålder och vara mestadels, men kanske inte helt, fria från sjukdom och funktionshinder, nödvändigtvis leder till ett resultat *som är mindre önskvärt* ur ett globalt hälsoperspektiv.

Ännu värre är att IHJ innebär att en hälsoinsats kan vara ineffektiv, och därmed inte värd att finansiera, även om den skulle vara bättre (med avseende på hälsa) för vissa individer och sämre för ingen. Som exempel kan nämnas *primär* infertilitet – ett hälsotillstånd för par som förblir infertila efter att ha försökt bli gravida i ett eller flera år. Primär infertilitet har tilldelats en funktionsnedsättningsvikt på 0,011 (Salomon m. fl. 2012: 23, tabell 3). Överväg en hälsointervention för att minska primär infertilitet. Intuitivt skulle effekten av en sådan åtgärd bestämmas av antalet levnadsår med primär infertilitet som undvikits genom åtgärden. Man skulle uppskatta antalet färre levda år med primär infertilitet till följd av interventionen och sedan multiplicera detta antal med den relevanta funktionsnedsättningsvikten, 0,011. Men om man accepterar IHJ måste man också ta hänsyn till DALY till följd av minskad infertilitet. Anta till exempel att behandlingen av primär infertilitet för ett par resulterar i 5 avvärjda DALY när vi bara beaktar effekterna på det paret. Intuitivt innebär detta att interventionen är effektiv. Men om åtgärden genomförs i ett land där den faktiska förväntade livslängden vid födseln är 80 år, kan vi förvänta oss att varje fall av förhindrad primär infertilitet ger upphov till 6,6 DALY, eftersom en ny individ i befolkningen kan förväntas dö vid 80 års ålder – 6,6 år mindre än den ideala förväntade livslängden. Men då skulle varje förhindrad primär infertilitet ge 1,6 DALY och ha en negativ nettoeffekt på hälsan. Detta är extremt märkligt.

4 Den enkla motiveringen

DET FINNS EN allmän moralisk motivering för att mäta effektivitet i DALY som undviker både problemen med IIJ och IHJ. Man skulle kunna behandla antalet DALY som undvikits genom en hälsoinsats som lika med antalet ytterligare friska levnadsår som finns tack vare insatsen. Motiveringen skulle kunna vara att hälsopolitiken bör syfta till att maximera antalet friska levnadsår, oavsett om detta uppnås genom att förbättra hälsotillståndet hos befintliga individer, skapa nya individer med positiva hälsotillstånd (d.v.s. med en funktionsnedsättningsvikt som är mindre än 1) eller någon kombination av dessa två metoder. Vi kallar detta för *den enkla motiveringen* (*Simple Justification*, SJ).

SJ undviker problemet med icke-identitet. Enligt SJ är en hälsoåtgärd som får individer att existera effektiv i den utsträckning som den leder till ett större antal friska levnadsår. SJ motiverar därför användningen av DALY-avvikelse som ett mått på effektiviteten i sådana insatser även när insatserna inte förbättrar hälsotillståndet för någon redan existerande individ. SJ undviker också IHJ:s implikation att en intervention kan *öka* den globala sjukdomsbördan enbart genom att lägga till relativt friska individer (som faller under den ideala hälsostandarden) till den globala populationen.

Vissa kommer dock att tycka att SJ är problematisk eftersom den innebär att vi kan tillskriva ett visst antal avvärjda DALY till en hälsoåtgärd bara för att den ökar den globala befolkningen. Påståendet att vi kan undvika DALY genom att ge en individ ett positivt hälsotillstånd verkar dessutom innebära att en sådan individs icke-existens bidrar med ett visst antal DALY till den globala sjukdomsbördan. Detta är märkligt, eftersom hälsoförlusterna av att någon aldrig har existerat inte kan drabba någon.

Dessa farhågor om SJ liknar farhågor om teorier om populationers värde enligt vilka en population är bättre ju större *mängd* välfärd den innehåller. En konsekvens av sådana teorier är att om man lägger till en individ med positiv välfärd till populationen så blir den bättre, allt annat lika. Detta ses ibland som ett skäl att förkasta sådana teorier. Även om vi i allmänhet är positiva till att förbättra välfärden för befintliga individer, är många neutrala till att skapa nya individer med positiv

välfärd. Ronald Dworkin (1994: 74) beskriver till exempel vad han uppfattar som en populär uppfattning när han säger att «[d]et är inte viktigt att det finns fler människor. Men när ett mänskligt liv väl har börjat är det mycket viktigt att det blomstrar […]». Jan Narveson uttrycker en liknande tanke med sloganen «[v]i är för att göra människor lyckliga men neutrala till att göra lyckliga människor» (1973: 80)

Man kan förvänta sig en liknande typ av neutralitet i vår inställning till att skapa nya individer med positiva hälsotillstånd. Även om de flesta av oss är för att *göra människor friska*, kan det vara så att många av oss är neutrala när det gäller att *skapa friska människor.*

5 Utrotning av människan

SOM NÄMNDES I inledningen försöker The Lancet Commission on 21st Century Threats to Global Health fastställa hälsoprioriteringar över en längre tidsperiod än vanligt; ett av dess slutmål är att ge råd till länder om hur de ska prioritera insatser för att hantera hot mot hälsan, inklusive utrotningsrisker. Hur allvarliga hoten är mäts i det förväntade antalet DALY som hoten skulle leda till. I detta sammanhang är SJ den enda av de tre motiveringar vi har övervägt som verkar rimlig.

Om vi följer IIJ skulle förebyggande av utrotning vara effektivt endast i den utsträckning som det skulle ge enskilda individer bättre hälsotillstånd än de annars skulle ha haft. Men om politiska beslut som fattas nu förändrar individers identiteter i framtiden, är det inte säkert att insatser för att avvärja utrotningshändelser i en avlägsen framtid, till exempel 100 år från nu, förbättrar någons hälsotillstånd.

Å andra sidan skulle IHJ kunna innebära att det skulle leda till *sämre hälsa* att förhindra en utrotning, om det innebar att mänskligheten skulle överleva i tillräckligt många århundraden. Enligt IHJ skulle hälsoförlusten till följd av utrotning begränsas till storleken på gapet mellan hälsan hos den befolkning som dör i utrotningshändelsen och en ideal hälsosituation där alla i den befolkningen lever till en hög ålder utan funktionshinder. Men mänsklighetens överlevnad skulle leda till en ännu större hälsoförlust enligt IHJ. Under en tillräckligt lång tidshorisont skulle antalet DALY från icke-utrotningsrelaterade orsaker som hjärtsjukdomar och ländryggssmärta hopa sig och till slut vara större än antalet DALY från en utrotningshändelse. IHJ verkar

till och med stödja en snabbare utrotning, eftersom det resulterande hälsoresultatet (d.v.s. att ingen människa existerar) skulle vara bättre än ett där det finns tillräckligt många individer som är mindre friska än idealiskt.

SJ är den enda av de tre motiveringarna som undviker dessa orimliga konsekvenser. Det innebär att det skulle vara effektivt att avvärja utrotning i den utsträckning som det skulle resultera i fler friska levnadsår. Det spelar ingen roll om dessa extra år skulle förbättra hälsotillståndet för enskilda individer. SJ verkar därför vara bättre lämpat för åtminstone ett av de många viktiga mål som har satts upp inom global hälsa.

6 Slutsats

JAG HAR GRANSKAT tre möjliga moraliska motiveringar för att mäta effektiviteten av hälsoinsatser i minskat antal DALY. Jag tittade först på motiveringen om individuell förbättring (IIJ): användningen av DALY-avvikelser är motiverad eftersom den mäter i vilken utsträckning individers hälsotillstånd förbättras av en hälsoinsats. IIJ förklarar inte varför vi bör bry oss om att avvärja hälsoförluster när detta inte förbättrar någons hälsotillstånd utan bara ersätter mindre friska individer med friskare. Detta problem är en parallell till icke-identitetsproblemet inom populationsetiken.

Jag undersökte sedan motiveringen om ideal hälsa (IHJ): användningen av DALY är motiverad eftersom den mäter i vilken utsträckning en intervention minskar hälsoklyftan mellan den faktiska befolkningen och en ideal befolkning där alla lever till en hög ålder utan sjukdom och funktionsnedsättning. Eftersom IHJ är okänsligt för vilka enskilda individer som existerar undviks det problem som IIJ står inför. Men IHJ innebär hälsoförluster när relativt friska individer tillkommer. Detta är orimligt, särskilt när IHJ anser att hälsoinsatser som är bättre för vissa och sämre för ingen är ineffektiva.

Slutligen övervägde jag den enkla motiveringen (SJ): användningen av DALY-avvikelser är motiverad om antalet DALY-avvikelser till följd av en åtgärd anses motsvara antalet ytterligare friska levnadsår som tillkommer på grund av åtgärden. SJ undviker problemen med IIJ och IHJ. Men detta verkar innebära att vi kan minska hälsoförlusterna genom att helt enkelt utöka den globala befolkningen.

Min slutsats är att det kommer att bli svårt att hitta en motivering till användningen av DALY som effektivitetsmått som inte har någon kontraintuitiv innebörd. →|

Tim Campbell är fil. dr i filosofi och verksam som forskare vid Institutet för framtidsstudier.

Noter

1. Vissa hävdar, mot GBDS-författarnas antagande, att DALY inte kan mäta hälsoförluster utan i bästa fall kan anses mäta värdet av död och funktionsnedsättning, eller värdet av hälsoförluster. Se Hausman (2015) och Bognar (2008).
2. Kopplingen mellan globala hälsomätningar och populationsetik är ett underutforskat ämne inom filosofin. För en utmärkt behandling av frågor i skärningspunkten mellan dessa två områden, se Hutchinson (2014).
3. Antagandet om en idealisk förväntad livslängd är kontroversiellt av många skäl som jag inte kommer att ta upp här. För kritik, se Bonneux (2002).
4. För en diskussion om denna typ av motivering, se Goodin (1988: 20–22).
5. Om teorier om välgörenhet, se Parfit (1984), del IV.
6. Det exempel som jag diskuterar här har tagits upp i samband med Non-Identity Problem av Beard (2016).

Referenser

Alfaro-Murillo Jorge A., Alyssa S. Parpia, Meagan C. Fitzpatrick, Jules A. Tamagnan, Jan Medlock, Martial L. Ndeffo-Mbah, Durland Fish, Maria L. Avila-Aguero, Rodrigo Marin, Albert I. Ko, och Alison P. Galvani (2016) »A Cost-Effectiveness Tool for Informing Policies on Zika Virus Control», *PLoS Neglected Tropical Diseases* 10 (2016): e0004743.

Arnesen, Trude och Lydia Kapiriri (2004) »Can the value choices in DALYs influence global priority-setting?», *Health Policy,* 70: ss. 137–149.

Arnesen, Trude och Erik Nord (1999) »The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years», *BMJ*: ss. 1423–1425.

ARRHENIUS, GUSTAF (2011) »The Impossibility of a Satisfactory Population Ethics», i: *Descriptive and Normative Approaches to Human*

Behavior, Advanced Series on Mathematical Psychology, Colonius, H. och Dzhafarov (red.), E.N., ss. 1–26, World Scientific Publishing Company.

ARRHENIUS, GUSTAF (2016) »Population Ethics and Different-Number-Based Imprecision», *Theoria*, 82, ss. 166–181.

ARRHENIUS, GUSTAF (kommande) *Population Ethics: The Challenge of Future Generations*. Oxford University Press.

ARRHENIUS GUSTAF och TIM CAMPBELL (2018) »Optimal Population Size.» I *Rethinking Society for the 21st Century: Report of the International Panel of Social Progress, Volume 1*, 64, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

BEARD, S.J. (2016) »Using birth control to combat Zika virus could affect future generations», *Practical Ethics*. Tillgänglig online på: http://blog.practicalethics.ox.ac.uk/2016/02/using-birth-control-to-combat-zika-virus-could-affect-future-generations/.

BOADLE, ANTHONY »Brazil's BNDES provides $136 million to fight Zika, related illnesses». Tillgänglig online på: http://www.reuters.com/article/us-health-zika-brazil-idUSKCN0WP2DU.

BOGNAR, GREG (2008) »Age-Weighting», *Economics and Philosophy*, 24, ss. 167–189.

BONNEUX, LUC (2002) »How to Measure the Burden of Mortality?», *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, ss. 128–131.

Centers for Disease Control and Prevention (2016) »CDC Issues Updated Zika Recommendations: Timing of Pregnancy after Zika Exposure, Prevention of Sexual Transmission, Considerations for Reducing Unintended Pregnancy in Areas with Zika Transmission». Tillgänglig online på; https://www.cdc.gov/media/releases/2016/s0325-zika-virus-recommendations.html.

DWORKIN, RONALD (1994) *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York: Vintage Books.

FAUCI, ANTHONY S., och DAVID M. MORENS (2016) »Zika Virus in the Americas—Yet Another Arbovirus Threat», *The New England Journal of Medicine*, 374, ss. 601–604.

GOODIN, BOB (1988) »Heroic Measures and False Hopes» i: *Philosophy and Medical Welfare*, Bell J.M. och Mendus S. (red.), ss. 17–32, New York: The Royal Institute of Philosophy. 1988.

HAUSMAN, DANIEL (2015) *Valuing Health: Well-being, Freedom, and Suffering*, New York: Oxford University Press.

HUTCHINSON, MICHELLE (2014) *The Ethics of Extending and Creating Life*, DPhil thesis, University of Oxford, 2014.

KANEM, N, CJL MURRAY, R HORTON (2023) »The Lancet Commission on 21st-Century Global Health Threats», *The Lancet*, 401: 10370, ss. 10–11.

LATHROP, EVA, LISA ROMERO, STACEY HURST, NEBAL BRACERO, LAUREN B. ZAPATA, MEGHAN T. FREY, MARIA I. RIVERA, ERIN N. BERRY-BIBEE, MARGARET A. HONEIN, JUDITH MONROE, och DENISE J. JAMIESON (2018) »The Zika Contraception Access Network: a feasibility programme to increase access to contraception in Puerto Rico during the 2016–17 Zika virus outbreak», *The Lancet*, 3:e91–9. Tillgänglig online på: https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30001-X/fulltext.

LI, RUI, KATHARINE B. SIMMONS, JEANNE BERTOLLI, BRENDA RIVERA-GARCIA, SHANNA COX, LISA ROMERO, LISA M. KOONIN, MIGUEL VALENCIA-PRADO, NABAL BRACERO, DENISE J. JAMIESON, WANDA BARFIELD, CYNTHIA A. MOORE, CARA T. MAI, LAUREN C. KORHONEN, MEGHAN T. FREY, JANICE PEREZ-PADILLA, RICARDO TORRES-MUNOZ, och SCOTT D. GROSSE (2017) »Cost-effectiveness of Increasing Access to Contraception during the Zika Virus Outbreak, Puerto Rico, 2016», *Emerging Infectious Diseases*, 23, ss. 74–82.

LYTTKENS, CARL H. (2003) »Time to disable DALYs? On the use of disability-adjusted life-years in health policy», *European Journal of Health Economics*, 4, ss. 195–202.

MURRAY, CHRISTOPHER J.L., och ARNAB K. ACHARYA (1997) »Understanding DALYs», *Journal of Health Economics*, 16, ss. 703–730.

MURRAY CHRISTOPHER J.L. och ALAN D. LOPEZ (2013) »Measuring the Global Burden of Disease.» *The New England Journal of Medicine*, 369, ss. 448–457.

NARVESON, JAN (1973) »Moral Problems of Population», *The Monist*, 57, ss. 62–86.

PARFIT, DEREK (1984) *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.

SALOMON, JOSHUA A., JUANITA A. HAAGSMA, ADRIAN DAVIS, CHARLINE M. DE NOORDHOUT, SUZANNE POLINDER, ARIE H. HAVELAAR, ALESSANDRO CASSINI, BRECHT DEVLEESSCHAUWER, MIRJAM KRETZSCHMAR, NIKO SPEYBROECK, CHRISTOPHER J.L. MURRAY, och THEO VOS (2015) »Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study.» *The Lancet Global Health*, 3:e712-e723.

SALOMON JOSHUA A., THEO VOS, DANIEL R. HOGAN, m. fl. (2012) »Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010», *The Lancet*, 380, ss. 2129–2143.

WANG, HAIDONG, MOHSEN NAGHAVI, CHRISTINE ALLEN, RYAN M. BARBER, m. fl. (2016) »Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality and cause-specific mortality for 249 causes of death,

1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.» *The Lancet*, 388, ss.1459–1544.
World Health Organization »Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)». Tillgänglig online på: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/.