

Forebyggende selvransakelse

400-årsjubileet for helsevesenet gir grunn til feiring, men også selvransakelse.

Per Fugelli

fugelli@samfunnsmed.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Jan Helge Solbakk

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

I sin innsiktsfulle beretning om de første 250 år av denne tjenesten, *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850*, viser historikeren Ole G. Moseng (1) hvordan helsetjenesten speiler skiftende tiders ånder og verdier og hvordan helseoppfatning og sykdomsbehandling formes i en «smeltdigel av ideologi, mentalitet, kultur, helsepolitiske programmer, sosialpolitiske styringsverktøy, humanisme, lovverk, vitenskapelig analyse og tradisjonell erfaring.»

Det er derfor ikke til å undres over at det helsefremmende og forebyggende arbeid i Norge i dag fremstår som ensidig rettet inn mot individet. Det er i tråd med tidens ånd. Du er din egen helsesmed, lyder budskapet fra de samfunnsmedisinske institusjonene, Legeforeningen og Helsedepartementet. De politiske rammevilkårene for helse og sykdom er glemt. De sosialmedisinske strukturene er gjemt.

Helseminister Dagfinn Høybråten står frem som en sterk markedsfører av den individualiserte helsepolitikken representert ved livsstilsmoralisering. Han ynder å kalle seg folkehelseminister, samtidig som han formanende peker på den enkelte og roper: Du er din egen helseminister! Dette paradokset tyder på at han ikke riktig vet hva folkehelse er, ei heller hvilke samfunnskrefter som former folkehelsen.

400-årsjubileet er en påminnelse om en lekse Høybråten og mange av hans helsekamerater helst ser ut til å ville glemme: at det er politikken, samfunnsutviklingen og forbedring og utjevning av levekår som avgjør folks helse. Derfor kan ikke helse reduseres til et spørsmål om valg av riktig livsstil. For på godt og vondt er helse så vel som livsstil et speilbilde av hvilke rammevilkår den enkelte er hensatt til å leve under.

Politikk handler om å fordele. Når kommunestyret, fylkestinget, Stortinget, det inter-

nasjonale pengefondet, Chase Manhattan Bank fordeler levekår – inntekt, arbeid, utdanning, bolig, mat, miljø – fordeler de samtidig rammebetingelser for helse. Men politikk er mer enn å fordele brød og penger. Politikk handler også om villighet til å fordele ikke-materielle verdier som frihet, trygghet, verdighet, mening og tilhørighet. Politikk er å forme og forvalte et menneskesyn og et samfunnsklima som får direkte følger for menneskenes mulighet til å bevare helse. Derfor må det forebyggende og helsefremmende arbeid bygges inn i politisk teori og praksis. Slik sett hadde sosialmedisinens grunnlegger Virchow rett da han hevdet at politikk er intet annet enn medisin i stort (2).

En ekte folkehelseminister vil ikke rope «Du er din egen helseminister!» til det enkelte mennesket, men rette pekefingeren mot kollegene rundt Kongens bord og formane finansministeren, arbeidsministeren og kommunalministeren til å forstå sin rolle som helseministere, med følgende begrunnelse: I Norge er nå de største truslene mot folkehelsen det fremvoksende Forskjellssamfunnet med nyfattigdom, økende arbeidsledighet, tiltakende ensomhet samt en utbredt rasisme som er normalisert, ja nesten gjort til en dyd.

Dagfinn Høybråten's abdikasjon som folkehelseminister står å lese i klartekst i *St. meld. nr. 16. Resept for et sunnere Norge* (3). Men la oss først se på hvordan «folkehelsemeldingen» ble lansert 10.1.2003. Reportasjen i Aftenposten dagen etter har overskriften (4): «Bli din egen helseminister. Kast deg ut i akebakken. Spis mer frukt. Bruk sykkel til jobb. Slik vil helseminister Dagfinn Høybråten at Ola og Kari skal bli sin egen helseminister.» Litt senere forsterker «folkehelseministeren» transplantasjonen av helseansvar fra politikken til individet: «Den som kan gjøre mest for å påvirke egen helse, er deg selv. Vår oppgave er å legge til rette for at de sunne valgene ligger snublende nær.»

Selve stortingsmeldingen stemmer med lanseringen. En hovedsak er *grønn resept* som legene nå skal foreskrive til sine pasienter for å få dem inn i sunne livsstilsregimer (null røyk, sunnere kost, mer fysisk aktivitet). I et eget avsnitt om faktorer som former folkehelsen listes opp i denne rekkefølge: tobakk, rus, kosthold, fysisk aktivitet, sosiale miljøfaktorer. Men også sosiale miljøfaktorer avpolitiseres og reduseres til et spørsmål om personlig vilje til å velge. Her er tilnærmet underslag av reelle, politiske trusler mot folkehelsen: nyfattigdom, arbeidsledighet, rasisme og de spor presta-

sjonssamfunnet og konkurransesamfunnet etterlater i folks helse. Rett skal være rett; stortingsmelding nr. 16 tar opp sosial ulikhet og helse, men også dette emnet behandles uten politisk vitalitet. Man ønsker seg mer forskning. Det er viktig og riktig. Alt for mange forebyggings tiltak har vært for dårlig fundert. De tiltakene som foreslås er imidlertid av sekundærforebyggende art: Målrettede arbeidsmarkedstiltak for langtidssosialhjelpsmottakere, styrking av oppfølgingstjeneste for bostedsløse, utvikling av system for sosial rapportering osv. Her er ingen forslag om primærforebygging av økende sosiale og dermed helsemessige forskjeller, det vil si en rettferdig fordelingspolitikk som hindrer nye fattige og utstøtte, i stedet for skattelette til de velstående.

Den ensidige individualiseringen av det forebyggende helsearbeidet har *moraliske* bivirkninger. Helseopplysningen bærer ofte med seg en melding om skam. De som røyker, spiser chips og sitter i sofaen i stedet for å kaste seg ut i akebakken med røde eplekinn, er svake, dumme og skyldige (5). Folk får ikke mer livsmot eller helsemot av slik stempling.

Livsstilsmoraliseringen svekker helsetjenesten som fristed. Fra gammelt av har Det medisinske hus vært et «asyl», et fristed hvor menneskene kunne påregne godtaking og hjelp, uansett syndige gjerninger, uaktet forkastelig levemåte. Forhør, dom, straff og disiplinering har vært henlagt til andre samfunnsinstitusjoner: Rettsvesen, politi, kirke. Grønn resept og nulltoleranse river ned legekantorene og sykehuset som tillitensrom. Legeforeningens president, Hans Kristian Bakke, lar det skje. Han bukker og neier begeistret for Høybråten og stiller hele sin hvite flokk bak den grønne resept.



Dagfinn Høybråten. Foto Trond Solberg/SCANPIX

Den alvorligste bivirkningen av «du er din egen helsesmed»-linjen er imidlertid underlaget av politikk. Helsen blir avpolitisert. Helsen blir tatt ut av Stortinget og storkapitalens styrerom – og isolert i den individuelle kroppen. Enkeltmenneskets svake vilje til å følge livsstilsarkitektenes ordre blir stadig utfordret. Samfunnets svake vilje til å forbedre strukturelle helsebetingelser (inntekt, arbeid, miljø, trygghet, frihet) blir sjelden utfordret.

Livsstilmoraliseringen og gi ofrene skylden-strategien fremmedgjør. Det går særlig ut over de som trenger å se at helsen deres herjes med av maktene, de som trenger å tro på at det går an å gjøre noe med sin livssituasjon, arbeidssituasjon, gjøre noe aktivt med fordelingen av verdighet, trygghet, frihet og penger i det norske samfunnet.

I stedet for å diagnostisere skjeve maktforhold og skrive ut røde resepter mot årsakene til undertrykkingen i samfunnet, nøyer Dagfinn Høybråten og hans samfunnsmedisinske funksjonærer seg med å diagnostisere skjeve livsstiler blant de underprivilegerte og skrive ut blå og nå også grønne resepter mot undertrykkingsfølgene i samfunnet.

Det er å håpe at norsk samfunnsmedisin vil bruke 400-årsjubileet til nødvendig selvransakelse. Vi etterlyser en samfunnsmedisin som driver politisk primærprofylakse, som diagnostiserer og er med på å forandre de grunnleggende årsakene til vanhelse, i stedet for å gå i bresjen for ytterligere medikalisering av samfunnet. I dag fungerer deler av helse- og sosialtjenesten som medisinsk kosmetikk over politiske sår.

Historiens rytmer viser at samfunnsmedisinen aldri har vært sterk når den har gått stille og lydig i maktens tjeneste. Samfunnsmedisinen har hatt makt når den forener faglig kyndighet med sosialt engasjement, dokumentasjon med reform, statistikk med politikk, kort sagt forener hjerne med hjerte. I slike tider har samfunnsmedisinen påvirket politikken, influert helsetjenesten, engasjert folke-sjelen og forbedret folkehelsen.

Litteratur

1. Moseng OG. Ansvaret for undersåttenes helse 1603–1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 318.
2. Fugelli P. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1091–4.
3. St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
4. Spence T, Magnus G. Bli din egen helseminister. Aftenposten (morgenutgave) 11.1.2003.
5. Gulbrandsen P. Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. Makt og medisin. Rapport nr. 57. Oslo: Makt- og demokratiutredningen, 2003: 118–32.

C Kestine "Nycomed Pharma"

Antihistamin. ATC-nr.: R06A X22

- T TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Ebastin, 10 mg, lactos., const. q.s. Filmdrasjert. **Egenskaper:** Klassifisering: Selektiv histamin H1-reseptorantagonist uten antikolinerg effekt. Potenserer ikke effekten av alkohol og diazepam. Virkningsmekanisme: Virkningen inntreffer 1 time etter tablettinntak og varer mer enn 24 timer. Absorpsjon: Ebastin absorberes raskt og omdannes nesten fullstendig gjennom «first pass»-metabolisme til den aktive metabolitten carebastin. Maks. plasmakonsentrasjon av aktiv metabolitt (80-100 ng/ml) nås 3-4 timer etter peroralt inntak av 10 mg ebastin. Ved gjentatt inntak av 10 mg daglig oppnås «steady state» av carebastin (130-160 ng/ml) innen 3-5 dager. Proteinbinding: Både ebastin og carebastin er sterkt proteinbundet, > 95 %. Fordeling: Hverken ebastin eller dets metabolitter passerer blod-hjernebarrieren. Halveringstid: For den aktive metabolitten er halveringstiden 15-19 timer. Hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon er halveringstiden for den aktive metabolitten 23-27 timer. Utskillelse: Mer enn 66 % av stoffet utskilles i urinen, hovedsakelig som konjugerte metabolitter. Det er ikke sett endret farmakokinetikk hos eldre. **Indikasjoner:** Allergisk rhinitt og konjunktivitt. Histaminutløst hudbesvær. **Kontraindikasjoner:** Kjent hypersensitivitet for ebastin eller øvrige innholdsstoffer. **Bivirkninger:** Hyppige (> 1/100): Hodepine, munntørhet og døsighet. Sjeldne (< 1/1000): Faryngitt, mavesmerter, dyspepsi, asteni, neseblødning, rhinitt, sinusitt, kvalme og insomni er rapportert. **Forsiktighetsregler:** En bør vise forsiktighet når ebastin blir gitt til pasienter med forlenget QTc-syndrom eller hypokalemi. Forsiktighet bør utvises ved bruk hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyreforsøk har ikke vist fosterskadelige effekter. Ebastin går ikke over i placenta hos rotte. Erfaring hos gravide mangler, og preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Er ikke undersøkt og preparatet bør derfor ikke brukes under amning. **Interaksjoner:** Farmakokinetiske og farmakodynamiske interaksjoner er sett når ebastin blir gitt sammen med enten ketokonazol eller erytromycin, som begge forlenger QTc-intervallet. Økning i QTc-intervallet er sett ved begge kombinasjoner. **Dosering:** Voksne og barn over 12 år: Allergisk rhinitt og konjunktivitt: 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig om morgenen sammen med frokost. Ved mer uttalte symptomer kan dosen ved behov økes til 2 tabletter (20 mg) 1 gang daglig. Histaminutløst hudbesvær: 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig. Erfaring med langtidsbehandling er begrenset. Effekt og sikkerhet hos barn under 12 år er ikke undersøkt. **Overdosering/Forgiftning:** I studier utført med høye doser (opptil 100 mg daglig), er det ikke observert symptomer på overdosering. Det finnes intet spesifikt antidot for ebastin. Symptomatisk behandling bør igangsettes. **Pakninger og priser:** Enpac: 10 stk. kr 61,50 30 stk. kr 127,80 100 stk. kr 346,60.



Kestine® selges av Nycomed på lisens fra: Aimiral Prodesfarma

NYCOMED

Nycomed Pharma AS, Hagalekkyveien 13, Postboks 205, 1372 Asker
Tel: 66 76 30 30, Fax: 66 76 36 36, www.nycomed.no