

Samfunnsmedisinen og det forebyggende helsearbeidet

Det nye faget samfunnsmedisin har gjennom massemediestormen om røykeloven avslørt sin egen identitetskrisen. Hvordan er det mulig at de fleste samfunnsmedisinere forholder seg tause når dette viktige faget nedverdiges gjennom usaklige og desinformierende medieinnspill fra enkelte surmagede liberalister? Det foreslås en modell for etisk analyse av forebyggende helsetiltak og settes opp forslag til verdiforankring for det forebyggende helsearbeidet i samfunnsmedisinen.

Den nye loven som forbyr røyking på alle utesteder (1) sammen med den nye folkehelsemeldingen (2) og kraftige virkemidler i den ledsagende opplysningskampanjen vakte en storm av protester fra kolleger og medisinske professorer, hvorav påfallende mange samfunnsmedisinere.

I den aktuelle mediekrigen, og tidligere, har samfunnsmedisinen presentert seg for publikum, fagfolk og helsemyndigheter med høylytte rop om «overformynderi», «moralisering», «angrep på autonomi og personlig integritet». I sine voldsomme utfall mot dette forebyggende helsearbeidet henfaller noen av disse aktører til desinformasjon og usakelighet (3). Vi som opplever disse voldsomme utbruddene, forundrer oss over disse tre forhold:

- Er denne responsen og aktiviteten tidstypisk og relevant for faget samfunnsmedisin?
- Er markedsføringen av faget samfunnsmedisin overlatt «fugellianerne»? Er Per Fugelli deres eneste og sanne ansikt utad?
- Er dagens samfunnsmedisin like initiativfattig og likegyldig til det forebyggende helsearbeidet som man får inntrykk av?

Etisk vurdering av forebyggende helsetiltak

I ramme 1 har jeg listet opp viktige spørsmål og krav til slik analyse, men det er ikke vanskelig å finne momenter som denne listen mangler. Det må skje en tilpassning til hvilket forebyggende tiltak man analyserer.

Fugelli og Solbakk har i mange innlegg sitert filosofen John Stuart Mill (1806–73) (4, 5). Mill var engelsk parlamentariker som talte sterkt for enkeltindividets autonomi og mot paternalismen, selv om denne hadde gode hensikter. Men han betonte meget sterkt at denne rettighet da selvsagt også måtte gjelde alle andre og at man aldri kunne forsvare handlinger som skadet andre eller kunne føre til skade på andre. Altså aksepterte han individets rett til en «harm to self»-livsstil, bare under forutsetning av at den ikke gav «harm to others». Fugelli og Solbakk nevner dette, men så stopper deres resonnering. Hvilken selvdestruktiv livsstil er uten skadevirkninger for andre? Hva med konsekvensene for de mange berørte parter når det gjelder røyking (aktiv og passiv), direkte og indirekte? Jeg nevner noen av dem i min tidligere kommentarartikkel (3).

Men Mill må ikke siteres så selektivt. Han er også kjent for sine teorier om utilitarismen. Som parlamentsmedlem ønsket han at en handling eller regel måtte ha en gunstig og lystbetont konsekvens for de fleste i samfunnet, altså fellesnytt. Enkelt sagt: mest mulig nytte og velferd for de fleste. Han tenkte da ikke på enkeltindividets egoistiske preferanser. Fugelli og Solbakk omtaler ikke denne siden ved Mill. Statsviteren Raino Malnes skriver (6): «Mills mønsterbilde er en aktør som er rasjonell i videste forstand, et menneske som velger fornuftige midler til å nå veloverveide mål,» – videre: «de høyeste gleder for Mill er preget av moralsk modenhet og kunnskap og står i motsetning til de lavere gleder som består i oppfyllelse av rent sanselige behov, – en form som dominerer i et liv kjennetegnet av uvitenhet og egoisme.»

Vi må forstå Mill slik at han sterkt ville tatt avstand fra «det gode liv» som Fugelli og Solbakk tiljubler. Helseministerens intensjoner og tiltak i kampen mot tobakksskaden er i tråd med det beste innen Mills moralfilosofi. I sine roller som samfunnsmedisinere trår Fugelli og Solbakk her helt feil.

Helseministerens folkehelseetikk

Forbudet mot røyking på utesteder, folkehelsemeldingen og opplysningskampanjen strider ikke mot de etiske retningslinjene jeg har skissert (ramme 1). Lovforslaget var også ute til høring hos relevante berørte



Ramme 1

Modell for etisk analyse av forebyggende helsetiltak

A. Medisinsk-faglige krav og forutsetninger

- Solid dokumentasjon for at tiltaket vil ha den forventede helsegevinst
- Sikkerhet for at nødvendige ressurser og finanser vil bli dekket
- Evaluering, kortsiktig og langsiktig, registrering av bivirkninger

B. Etisk analyse av tiltaket, slik det er planlagt

- Er tiltaket forenlig med norske lover og regelverk?
- Strider tiltaket mot enkeltindividets autonomi, rettigheter eller spesielle religiøse forhold? Må slike forhold vektlegges sterkere enn hensynet til fellesskapet? (Gradering av intervensjonen)
- Harmoniserer tiltaket med utøverens plikter (ev. som helsearbeider)?
- Ønsker publikum og pasienter at tiltaket settes i gang?
- Hvem, eller hvilke instanser er «berørte parter» i prosessen?
- Hvilke konsekvenser får det for individet selv, familie, nærmiljø, samfunn og for ettertiden?
- Kjenner vi til om det kan føre til uheldige og alvorlige bivirkninger?
- Bør disse ressurser og penger heller brukes på andre helsetiltak?

C. Etisk analyse av tiltakets gjennomføring

- Nærhetsetikken – hvordan pasient, eller individ opplever intervensjonen eller rådgivningen. Dvs. en etisk analyse av den pedagogiske teknikken og implementeringen av tiltaket
- Registrering av bivirkninger eller uheldige konsekvenser
- Registrering av nytteeffekten, totalt og selektivt

D. Etisk analyse av en avgjørelse om IKKE å gjennomføre tiltaket

- Er det dette publikum eller pasienter ønsker?
- Vil penger eller ressurser som blir spart ved ikke å gjøre noe, kunne anvendes bedre på andre områder i helsetjenesten, f.eks. i kurativ medisin?
- Ellers de samme punkter som under B, særlig konsekvensanalyser, kortsiktig og langsiktig

! Ramme 2

Samfunnsmedisinernes plikter i det forebyggende folkehelsearbeidet

A. Plikten til å være helsepolitisk aktiv og konstruktiv

Ta opp viktige folkehelse spørsmål med de ansvarlige helsepolitikere og gi råd.

I dette ligger vitenskapelig basert kunnskap om hvilke saker som bør ha høyest prioritet, og at helsemyndighetene informeres om grunnlaget for denne prioriteringen. Samfunnsmedisineren vil på denne måten legge føringer for nye tiltak og sørge for at forsømte tiltak kommer på dagsordenen.

B. Sosiale forhold og helse

Samfunnsmedisineren må i sitt arbeid særlig vektlegge forhold ved samfunnet og politikken som influerer i betydelig grad på helsetilstanden (ikke bare negative forhold). Dette innebærer at han/hun i tillegg til sin allmenne medisinske fagkunnskap også må sette seg inn i hvordan vårt demokratiske samfunn fungerer – dets organisasjoner, dets institusjoner og hva som tjener hele folkets beste.

C. Samfunnsøkonomi i helsepolitikken

Til folkets beste hører også en god og langsiktig økonomistyring. For å nå frem til politiske myndigheter må samfunnsmedisineren også kunne gi råd og forslag vedrørende økonomi og ressurser i det forebyggende helsearbeidet.

D. Informasjon og kunnskapsoverføring til folket

Det vil i praksis si at samarbeidet med mediene må skje veloverveid, saklig og på solid faglig og vitenskapelig grunnlag.

E. Samfunnsmedisineren som støttespiller

Samfunnsmedisineren skal ikke bare være kritisk til tiltak som forventes å gi uheldige virkninger eller liten nytteeffekt, men aktivt støtte opp om tiltak som er av stor positiv betydning for folkehelsen.

parter. Å unnlate å ta tak i tobakksproblematikken ville vært etisk sett uakseptabelt.

Samfunnsmedisinen som drivkraft i det forebyggende helsearbeidet

Det er pretensiosøst og ubeskjeden av en gammel indremedisiner og kliniker å sette opp noen verdiforankringer for dagens samfunnsmedisin. Jeg tar sjansen (ramme 2). Jeg har opplevd samfunnsmedisinen som et moteord og en fraværende skrivebordsfilosofi hvor fugellianerne får boltre seg uhemmet. Dette mitt inntrykk må da være feil, forhåpentligvis? I mange år har jeg vært på barrikadene mot tobakken. Fikk jeg noen gang støtte fra samfunnsmedisinerne? Bare fra Per Sundby. Det store flertall av fugellianerne ble sittende ved sine skrivebord, mens vi som jobbet ved sykesengen, i virkelighetens verden, fortsatte å bruke av samfunnets ressurser til å reparere sykdom og skader som kunne vært unngått. Man skulle jo tro at en person som kalte seg samfunnsmedisiner var interessert i det faktum at tobakksskadene forkortet livet til 7 500 nordmenn hvert år og beslagla enorme ressurser i helsetjenesten. Men fra den kanten kom det ikke et eneste initiativ!

Konklusjon

Jeg håper og tror at samfunnsmedisinen i fremtiden griper fatt i det forebyggende helsearbeidet på en meget aktiv, pågående og konstruktiv måte.

Samfunnsmedisinerne må ta sin identitet og verdiforankring mer på alvor. Dere har en meget viktig rolle i dagens kompliserte samfunn.

Carl Ditlef Jacobsen

cdjacobs@online.no

Johan Svendsens vei 18
1410 Kolbotn

Litteratur

1. St.prp. nr. 23 (2002–2003). Endring i tobakksskadeloven om røykfrie serveringssteder.
2. St.meld. nr. 6 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
3. Jacobsen CD. Helseministerens tiltak mot tobakksskadene utløste krig i mediene. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2760–2.
4. Fugelli P. Folkehelse – folkets helse? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1421–5.
5. Fugelli P, Solbakk JH. Stanken av det ville menneske. Kronikk. Aftenposten (morgenutgave) 19.1.2003.
6. Malnes R, Midgaard K. Politisk tenkning fra antikken til vår tid. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.