

Stort potensial for kreftforebygging

Ved å påvirke atferd og miljø kan en vesentlig del av dødfall som skyldes kreft, forebygges. Dette er konklusjonen i en rapport om effekten av forebyggende tiltak mot risikofaktorer for kreft. Rapporten er nylig publisert i *The Lancet* (1).

Forskerne analyserte data om ni kjente risikofaktorer og relativ risiko for 12 ulike krefttyper i forhold til alder, kjønn og geografisk region. Av de mer enn sju millioner dødsfall på verdensbasis som skyldes kreft i 2001, var om lag 2,43 millioner (35 %) knyttet til ni påvirkbare risikofaktorer. Av disse var 0,76 millioner dødsfall i høyinntektsland og 1,67 millioner i land med lav eller middels inntekt. I den siste gruppen hadde Europa og Sentral-Asia den høyeste andelen kreftdødsfall knyttet til de ni risikofaktorene. Røyking, alkoholbruk og lavt inntak av frukt og grønnsaker var de viktigste enkeltfaktorene for kreft, både på verdensbasis, i lavinntektsland og i land med middels inntekt. I høyinntektsland var røyking, alkoholbruk og overvekt viktigste årsaker til kreft. Genital smitte med humant papillomavirus (HPV) var den viktigste risikofaktor for cervikalcancer blant kvinner i lavinntekts- og middelsinntektsland.

Forfatterne etterlyser mer vekt på forebyggende tiltak mot kreft, både hva gjelder livsstil og miljø, ettersom fremskritt innen kreftbehandling og kreftscreening har vist seg å ha mindre effekt på mortalitet enn det tiltak mot andre kroniske sykdommer har hatt.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Danaei G, Hoorn SV, Lopez AD et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 2005; 366: 1784–93.

Helse og helsere rettigheter

Det er på tide å ta helsere rettigheter like alvorlig som andre menneskerettigheter, hevder Paul Farmer, amerikansk infeksjonsmedisiner og sosialmedisiner. Han har i ord og gjerning rettet søkelyset mot globale helseulikheter og skissert et tverrfaglig program for helse og menneskerettigheter.

Paul Farmer, infeksjonsmedisiner og professor ved Department of Social Medicine ved Harvard University, er en sentral skikkelse innen internasjonal sosialmedisin (1). Han leder et program kalt *Infectious Disease and Social Change* ved Harvard University og arbeider med forebygging og behandling av tuberkulose og HIV/AIDS. I 1987 tok han initiativ til å stifte organisasjonen Partners in Health, som engasjerer seg i Haiti, Peru, Russland, Guatemala, Boston og Rwanda, og som har et årlig budsjett på nærmere 100 millioner norske kroner (2).

Miljøet rundt Farmer har vært opptatt av å dokumentere hvordan strukturell vold og økonomiske og sosiale forhold spiller en viktig rolle i overføring av smitte. Farmer og medarbeidere har pekt på nødvendigheten av lokalt tilpassede programmer for behandling av tuberkulose og HIV/AIDS (3–5). Miljøet har særlig påpekt viktigheten

av å behandle pasienter som har multiresistent tuberkulose, for å unngå at slike pasienter blir vandrende smitekilder. De kan vise til gode resultater i behandlingen av slike pasienter (5).

Strukturell vold og pragmatisk solidaritet

I tidligere publikasjoner har Farmer vektlagt hvordan kjønn, etnisitet og strukturell vold, dvs. sosiale og økonomiske forhold som bryter ned menneskers verdighet, er underliggende årsaker til spredning av infeksjonssykdommer (3). Infeksjonssykdommer som tuberkulose og HIV/AIDS er for Farmer de fremste markører for sosial og økonomisk ulikhet globalt: Mikrober kjenner ingen grenser, men mulighetene for effektiv behandling er ofte forbeholdt de rike og ressurssterke. Farmers sosialmedisinske diagnostikk har vært kritisk og forankret i omfattende empirisk forskning.



Mikrober kjenner ingen grenser, men mulighetene for effektiv behandling er ofte forbeholdt de rike og ressurssterke, påpeker Paul Farmer. Foto Mark Rosenberg/Partners in Health

Farmer gir flere illustrerende eksempler fra landsbygda i Haiti, blant fattige i Boston og i russiske fengsler (1, 6). Han ønsker å bringe leseren i kontakt med menneskers liv. Hans begrunnelse er at erfaringen av lidelse ikke fremstilles godt nok gjennom grafer og tall (6). Han forventer ikke nødvendigvis at man skal handle ut fra medfølelse med de fattige og lidende. Pragmatisk solidaritet er et nøkkeluttrykk hos Farmer, en appell om å bry seg om hvordan andre har det fordi dette vil være til gagn for en selv i det lange løp.

Helserettigheter

I Farmers siste bok *Pathologies of power* fra 2003 knytter han sitt medisinske prosjekt til menneskerettighetene (6). Dette er en interessant vending, i og med at menneskerettighetene kun var nevnt i en fotnote i hans tidligere arbeid (3). Hovedbudskapet er at medisiner og andre må begynne å forholde seg til at alle mennesker har grunnleggende helserettigheter (6). Noe av bakgrunnen for hans argumentasjon er artikkel 25 i verdenserklæringen om menneskerettighetene, som lyder: «Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser, og rett til trygghet i tilfelle av arbeidsløshet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestend, alderdom eller annen mangel på eksistensmuligheter som skyldes forhold han ikke er herre over. Mødre og barn har rett til spesiell omsorg og hjelp. Alle barn skal ha samme sosiale beskyttelse enten de er født i eller utenfor ekteskap» (7).

Hva er definisjonen på en liberalist, spør Farmer, og svarer selv «en som tror at alle de fæle tingene som hender i verden skyldes tilfeldigheter» (1). Brudd på menneskerettighetene skjer ikke ved tilfeldigheter, poengterer han. Brudd på menneskerettighetene og systematiske ulikheter i helse er symptomer på en dype-religgende ubalanse i fordelingen av makt i verden.

Helse og menneskerettigheter

Farmers tidligere bøker har vært preget av kritiske og diagnostiske observasjoner (1). *Pathologies of power* representerer en utvikling i forfatterskapet ved at han nå lanserer en sosialmedisinsk resept – et program for helse og menneskerettigheter (6):

- Helse og helbredelse må danne en symbolsk kjerne
- Ytelse av helsetjenester må være sentralt
- Nye forskningsprogrammer må etableres
- Undervisning om menneskerettighetene må økes
- Uavhengighet fra mektige stater og byråkratier må oppnås
- Ressurser for arbeid med helse og menneskerettigheter må sikres

Helse og helbredelse må utgjøre den symboliske kjernen i et slikt program, mener Farmer. Omsorgen for de syke og lidende er et globalt fenomen, og sykdom er noe medisiner har spesielle forutsetninger for å uttale seg om. Videre må et slikt program vektlegge arbeid for å sikre tilgang til helsetjenester for marginaliserte grupper. De syke spør ikke om nye akademiske sentre hvor privilegerte kan tilbringe tid til faglig fordypning og refleksjon. De som lider har ikke bedt om nok en ny vitenskapelig undersøkelse av hvordan de har det, polemiserer Farmer.

Farmer lister opp en rekke ulike emner som egner seg som tverrfaglige forskningsprosjekter: forholdet mellom helse, sykdom og menneskerettigheter, helseeffekter av krig og politisk-økonomisk undertrykkelse, sykdomsvirkninger av sosial ulikhet, inkludert rasisme og kjønnsulikheter, og konsekvenser av de økende forskjeller mellom fattig og rik. Alle fag, også medisin, må styrke sin undervisning om menneskerettighetene. Kunnskap ligger til grunn for handling, og i dag er menneskerettighetene og problemstillinger omkring menneskerettighetene for lite kjent innen de fleste akademiske fag.

Farmer hevder at de fleste brudd på menneskerettighetene skjer i regi av stater, og at de samme mektige stater ofte overstyrer de store internasjonale organisasjonene. Han er derfor opptatt av å finne fruktbare omveier for arbeid med globale helse-spørsmål og menneskerettigheter, og han peker mot lokale initiativ, lokalt forankrede organisasjoner samt humanitære og globale nettverk.

Farmer godtar at verdens ressurser er begrensede, men argumenterer med at ressursene trolig er mindre begrensede enn noen gang tidligere i menneskehetens historie.

Gamle tanker i ny legering?

Faglig bevissthet om samspillet mellom helse og samfunnsforhold har røtter tilbake til 1700-tallet (8). Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821–1902), av mange kalt sosialmedisinens far, er kjent for utsagnet om at politikk er intet annet enn medisin i stort (8). Farmer ble tidlig inspirert av Virchow, og hans forklaringsmodeller og vektlegging av økonomiske og politiske forhold hviler på en lang medisinsk tradisjon. Det nye i Farmers aktuelle forfatterskap er den sterke vektleggingen av det globale perspektivet og den normative forankringen av det sosialmedisinske prosjektet i menneskerettighetene.

Det byr på store utfordringer å bestemme hva en helserettighet rent faktisk skal innebære. Ulike samfunn har ulike forutsetninger for å yte helsehjelp, og i mange land utgjør helsebudsjettet allerede en stor og økende del av bruttonasjonalproduktet. Begrepet helserettigheter må gis et konkret innhold ut fra hvilken lokal sammenheng man befinner seg i. Farmers analyser og

sosialmedisinske diagnostikk kan likevel anspore til refleksjon over årsaker til ulikhetene i livsvilkår og helse globalt og inspirere oss til å vurdere hva som bør være et grunnleggende helsetilbud.

Medisinen er gitt en viktig oppgave i å synliggjøre og dokumentere sosiale, økonomiske og politiske vilkår for helse. Jonas Gahr Støre har som generalsekretær i Norges Røde Kors tatt til orde for å gjenreise sosialmedisinen (9). Han har rettet søkelyset mot vilkårene for helse nasjonalt og globalt og etterlyst oppfinnsomme partnerskap mellom ideelle organisasjoner og institusjoner og offentlig og privat sektor. I en slik sammenheng er Paul Farmers forfatterskap og faglige virke en viktig kilde til inspirasjon.

Jan C. Frich

jancaf@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Manuskriptet ble godkjent 2.12. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Røttingen J-A, Frich JC. Fremveksten av infeksjonssykdommer – en konsekvens av ulikheter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 841–4.
2. Partners in health. www.pih.org (29.11.2005).
3. Farmer P. *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999.
4. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001; 358: 404–9.
5. Mitnick C, Bayona J, Pelacios E et al. Community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru. *N Engl J Med* 2003; 348: 119–28.
6. Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2003.
7. Verdenserklæringen om menneskerettighetene. www.fn.no (24.11.2005).
8. Fugelli P, Haug K, Høyer G et al. Sosialmedisin – på sporet av det tapte fag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3057–61.
9. Støre JG. Gjenreis sosialmedisinen. *Dagbladet* 27.8.2005.