

Att påverka levnadsvanor: Får man? Bör man?

Göran Hermerén

Etikfrågor spelar en central roll i det förebyggande arbetet. Vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma 1993 anordnades symposiet "Att påverka levnadsvanor - Får man? Skall man? Kan man?" Göran Hermerén, professor i medicinsk etik vid medicinska Forskningsrådet och Lunds universitet, presenterar här en bearbetning av bidraget till riksstämme-symposiet.

Inledning

Först kanske man borde undersöka i vilken utsträckning det överhuvudtaget är möjligt att påverka människors levnadsvanor. Det betyder att man försöker kartlägga orsaker till och verkningar av levnadsvanor enligt schemat:

X,Y,Z → levnadsvanor

levnadsvanor → A,B,C

Men detta räcker inte: man måste också undersöka möjligheterna att bryta dessa kausalkedjor, att gå in och påverka levnadsvanor. Har man klarlagt orsaksmönstret, följer inte nödvändigtvis att man *kan* gå in och påverka det. Ju mer levnadsvanorna är genetiskt betingade eller rotade i barndomsupplevelser, desto svårare är det rimligtvis. Dessutom begränsas många människors handlingsmöjligheter av bristande ekonomiska resurser.

Anta emellertid att det ÄR möjligt att påverka människors levnadsvanor genom t ex information, lagstiftning, avgifter och skatter, psykokirurgi, beteendeterapi, subliminal textexponering i TV eller genterapi, vilket alltså inte är självklart. Frågan är då om man får eller bör göra detta, och vilka metoder man får eller bör använda i detta sammanhang. Till problemet hör att dessa olika metoder i varierande grad är etiskt kontroversiella (det kanske t o m är så att metodernas effektivitet och etiska godtagbarhet står i omvänt proportionellt förhållande till varandra). Vidare: VILKA levnadsvanor, och VEMS levnadsvanor skall i så fall påverkas?.

Det är dess problem jag skall diskutera. Av att man *kan* påverka levnadsvanor följer nämligen inte att man

också *får* eller *bör* göra detta. Problemet är särskilt svårt, därför att flera värden kan komma i konflikt med varandra.

Vilka är de bakomliggande värdena?

De bakomliggande värdena och normerna inkluderar t ex integritet, självbestämmande och frihet (på ett individuellt plan) och demokrati (på ett samhälleligt) samt kraven på att använda resurser effektivt, att göra gott, hindra för tidig död och minska risken för att drabbas av sjukdomar.

Att dessa värden, som kan preciseras på flera sätt, kan komma i konflikt med varandra är uppenbart. Somliga vill hellre ha ett kort och roligt liv än ett långt och halvtrist. Eller som Robert Karl Oskar Broberg uttryckt saken: Hellre vara på hal is och ha det glatt än att gå i lera och sörja. Vad den ene tycker är roligt tycker dessutom den andre ibland är halvtrist.

Denna konflikt mellan olika grundinställningar skapar i sin tur förutsättningar för andra konflikter. Vilket ansvar har individen för sin hälsa och vilket ansvar har staten och olika myndigheter? Här kan vi från början förkasta två extremuppfattningar: individen ensam har allt ansvar och staten inget, och staten har allt ansvar och individen inget.

Två andra extremuppfattningar som också kan förkastas är: paternalism (att en person bestämmer vad som är bäst för en annan, som en far bestämmer för sina barn) är alltid berättigad, och paternalism är aldrig berättigad.

En handlingsmodell

En teoretisk bas för en mer nyanserad position kan man få om man utgår från modeller för handlande, som filosofer diskuterat och förfinat under detta århundrade; se t ex (15) och den där redovisade litteraturen. Modellerna innebär en kritik av den välkända platonska tanken att den som vet det rätta också gör det rätta, presenterad och diskuterad i Platons dialog *Gorgias*. Nyckelbegreppen i dessa modeller ser ut så här:

värdering (val och mål)
kunskap
möjlighet
vilja

handling

För att handla måste man ha *värderat* och/eller *valt* olika mål (och alltså bestämt sig för vad man vill uppnå), *veta* något om medlen att nå de eftersträfvansvärda målen, ha *möjlighet* och tillfälle att välja dessa medel, och man måste *vilja* välja dessa medel (emotionella faktorer och attityder kan här spela en många spratt).

Den effektivaste formen av påverkan förutsätter att man får patienten att själv ta ställning till sina levnadsvanor och lyckas få honom eller henne att *själv vilja* ändra på dem - om man samtidigt skapar *möjligheter* och tillfälle för patienten att göra detta.

Informationsproblemet

Modellen visar att det inte räcker bara med kunskap. Varför räcker det inte att informera om goda kostvanor, om man vill förebygga vissa sjukdomar som beror på dålig kost?

För det första har inte alla lika goda möjligheter att ta till sig och förstå denna information. Dessutom betyder andra faktorer än kunskap och information (som den schematiska modellen ovan antyder) mycket för människors handlande.

Anta vidare att bara välutbildade och välsituerade tar till sig information om goda kostvanor, ändrar levnadsvanor och äter t ex mer fiberrik kost, mindre animaliskt fett, mer fisk, mindre kött osv. Vilka slutsatser skall man dra av detta? Det beror på vilka värderingar man utgår ifrån.

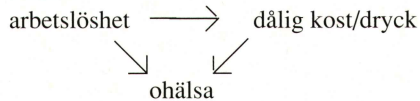
Att det finns skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper i samhället är väl belagt i flera undersökningar (t ex 17). Betraktar man sådana skillnader som en orättvisa, blir ställningstagandet ett, men betraktas detta däremot som gruppernas ensak eller egen skuld, blir slutsatsen en annan.

Det hjälper hur som helst inte att informera om goda kostvanor, om de man vill nå inte har några praktiska möjligheter att välja denna kost. Inte bara i u-länder utan också i Sverige är det viktigt att vara uppmärksam på behoven hos svaga grupper eller grupper med ned-satt autonomi. De kan i vissa situationer vara gamla, barn, utvecklingsstörda, förtidspensionerade, arbetslösa

- i andra situationer andra grupper.

Dessutom påverkas folkhälsan inte bara av virus och bakterier. Den påverkas också av sådant som inte kan mötas med information, t ex av arbetslöshet. Det är ju väl känt att arbetslöshet direkt och indirekt, åtminstone efter en tid, får negativa följder i form av ökad risk för sjuklighet och för tidig död (indirekt genom att den arbetslöse kanske dricker och röker mera, motionerar mindre, löper större risk att utsättas för fler och svårare psykosociala problem än genomsnittet etc).

Alltså:



Individens ansvar och statens roll

Det förefaller rimligt, givet vissa demokratiska grundprinciper, att säga att var och en får välja sina värderande utgångspunkter själv. Statens roll bör begränsas till att underlätta saklig information, skapa betingelser för öppen och informerad debatt och inte minst se till att möjligheter att välja ges åt andra än de rika och redan privilegierade.

Det finns emellertid komplikationer. Informationens räckvidd är begränsad, som redan sagts. Det är vidare inte så att individen alltid ensam bär den ekonomiska, sociala och psykiska kostnaden för sina val. Dessa drabbar också andra. Studier har t ex visat att en stor procent av alkoholisters barn också får problem med alkohol. 60% av alla barn till alkoholister får själva alkoholproblem.

Studier av rökning från Norge, USA och Storbritannien visar att riskerna för att skolbarn röker fördubblas minst, om en av föräldrarna röker. Röker båda föräldrarna, och har de dessutom en tillåtande attityd till rökning, är risken 9 ggr större. Om man har en sammanboende, ett syskon, en släkting, vän eller arbetskamrat som röker, så ökar risken att en vuxen person börjar eller fortsätter med att röka mellan 2 till 5 gånger (1,6,9).

Därför är det inte rimligt att behandla kraven på integritet och självbestämmande som absoluta. Kraven måste i den slutgiltiga analysen ställas mot andra. Då kan de i vissa fall, av etiska skäl, få ge vika, eller man kan överväga en inskränkning i deras innebörd eller tillämpningsområde.

Det går inte att tillförsäkra alla individer obegränsad autonomi och integritet, eftersom den enes obegränsade autonomi kan omöjliggöra eller hota den andres. Däre-

Det går inte att tillförsäkra alla individer obegränsad autonomi och integritet, eftersom den enes obegränsade autonomi kan omöjliggöra eller hota den andres

mot kan man tillförsäkra var och en så mycket autonomi och integritet som är förenlig med maximal autonomi och integritet för alla andra.

Riskupplysning och integritetskränkning

Är det en integritetskränkning att upplysa om risker och att undersöka (testa) människor? Det kan vara instruktivt att jämföra detta med att upplysa om riskerna med att köra bil med sprit i kroppen, med att låta bilförare blåsa i ballong och att ta blodprov. Dessa aktiviteter är allmänt accepterade och anses inte integritetskränkande. Vari skiljer de sig från andra aktiviteter som uppfattas som integritetskränkande?

Det är i detta sammanhang av grundläggande betydelse att påminna om skillnaden mellan följande två situationer:

(1) Valet av livsstil och levnadsvanor har konsekvenser ENDAST för den som gör valet, dvs väljer livsstilen ifråga.

(2) Valet av livsstil och levnadsvanor har konsekvenser OCKSÅ för andra än den som avgör valet, dvs väljer livsstilen ifråga.

Detta påminner om John Stuart Mills berömda distinktion mellan "self-regarding" och "other-regarding actions" (10) och ger upphov till liknande problem, som jag återkommer till. Är det fråga om två typer av handlingar eller två typer av skäl för handlingar, och vilka praktiska slutsatser följer av distinktionen? Det finns en omfattande internationell litteratur om sådana problem, t ex (14), kap 2 och 4.

Distinktionen mellan situationerna är viktig av följande skäl. I det första fallet kan det förefalla svårt att hitta goda skäl att moralisera över valet av livsstil, om alternativ funnits och den aktuella livsstilen (levnadsvanorna) valts med öppna ögon i medvetande om vilka konsekvenser valet har för den som väljer. Så är emellertid inte fallet i den andra situationen. Här är saken inte lika enkel.

Rökning har konsekvenser för rökaren på många sätt: det ökar risken för hjärnblödning, propp, kronisk luftvägssjukdom, lungcancer, emfysem, astma m m. Men rökning har också konsekvenser för andra av flera slag,

dels spridningseffekter (om föräldrarna röker, ökar risken för att barnen röker), dels negativa hälsoeffekter på dem som är i närheten av rökaren (passiv rökning).

Det kan alltså exempelvis vara fråga om valets konsekvenser för barn, anhöriga, arbetskamrater, andra (eller framtida) patienter, läkare och övrig vårdpersonal, politiker och skattebetalare. Givet antagandet att alla liv och alla människor är lika mycket värda, ändras därför situationen dramatiskt när man går över från den första till den andra situationen.

En fråga för sig, och en relevant och viktig fråga i detta sammanhang, blir naturligtvis då (a) om det finns några renodlade exempel på den första situationen, och (b) hur vanlig denna situation i så fall är. Frågan är inte om den andra situationen förekommer renodlad, utan om den första gör det. Dessa följdfrågor visar för övrigt hur frågor som gäller fakta och värderingar kombinerar i den etiska analysen.

Ett etiskt nyckelproblem

Vi har därmed kommit fram till något som enligt min mening måste vara ett etiskt kärnproblem i förebyggande medicin:

Är det etiskt försvarbart (får man?) eller rentav en plikt (bör man?) informera, undersöka eller påverka... ALLA i en befolkning för att några skall hindras från en för tidig död eller från att få (ökad risk att drabbas av) sjukdomar som kostar dem själva, samhället och deras anhöriga mycket oro, obehag, lidande och pengar?

Detta är naturligtvis inte en fråga som enkelt kan besvaras med JA eller med NEJ. Den bör i stället uppfattas och formuleras så här: Under vilka betingelser är det etiskt försvarbart eller en plikt att informera, undersöka eller påverka... etc? Då kan man få en nyanserad, intressant och konstruktiv diskussion.

Svaret på denna fråga är emellertid att det tyvärr inte finns något svar på denna fråga, om man som svar endast godtar ett påstående som är exakt, specifikt och dessutom generellt i den meningen att det gäller för alla människor, tider och platser och situationer.

Däremot finns det ett svar på problemet i den meningen att man kan föreslå en lösning, eller åtminstone riktlinjer för hur problemen skall hanteras, och argumentera för den eller dem på ett icke godtyckligt sätt. Detta förutsätter emellertid att det finns en bred enighet om vilka faktorer som det är relevant att beakta eller ta hänsyn till (och därmed alltså en slags gemensam grund där man kan mötas). Det menar jag finns.

Dessa faktorer inkluderar:

1. antalet människor som genom insatsen räddas från en för tidig död (mortalitetsmått) eller från en sjukdom som de annars skulle riskera att drabbas av (morbiditymått);

2. arten av de sjukdomar dessa personer räddas från, och framför allt hur svåra de är (vilket lidande de orsakar dessa människor och deras anhöriga);

3. vilka övriga psykiska och sociala effekter (t ex nya kontakter eller upplevelser) den förebyggande insatsen leder till, på kort och lång sikt;

4. hur många andra personer som indirekt berörs av valet av livsstil, och vilket lidande eller obehag de eventuellt kan räddas från genom insatsen;

5. hur stora de ekonomiska kostnaderna (räknat i kronor och ören) och de psykologiska och sociala kostnaderna (mätt i ångslan, oro och frustration) för insatsen är;

6. alternativanvändningen, dvs vad man i stället kan få för de pengar insatsen koster.

Av denna uppräkningslista kan man dra flera slutsatser. För det första spelar fakta av olika slag en viktig roll för det etiska ställningstagandet, även om de inte ensamma avgör saken. För det andra kan var och en av dessa faktorer graderas. Antalet personer kan vara större eller mindre, lidandet mer eller mindre svårt, insatsen kosta mer eller mindre, osv. Alltså finns det inga skarpa gränser här. För det tredje pekar listan på en rad angelägna forskningsuppgifter inom detta område.

Självfallet kan man i olika kulturer, eller i samma kultur vid skilda tidpunkter, fästa olika vikt vid dessa faktorer och rangordna dem på varierande sätt. Men få torde förneka att de är relevanta. En ordnad diskussion är med andra ord möjlig, även om den kan leda till flera godtagbara svar inom en gråzon.

Om de ekonomiska, psykologiska och sociala kostnaderna för att avstå från att (försöka) påverka levnadsvanor är större än kostnaderna för att inte göra detta, så är detta ett starkt men inte utan vidare bindande skäl för att göra insatsen. Avgörande är nämligen här hur kraven på att göra gott och inte skada (såväl genom att handla som genom att underlåta att handla), jämte kraven på autonomi och integritet, formuleras och tolkas mer exakt, och hur dessa krav rangordnas i förhållande till varandra.

Alternativa värdepremisser

Skillnaden mellan tyckande och etisk analys är att man i den etiska analysen öppet redovisar och varierar ut-

Fakta av olika slag spelar en viktig roll för det etiska ställningstagandet, även om de inte ensamma avgör saken

gångspunkterna såväl beträffande kunskapsunderlaget som beträffande värdepremisserna (normerna och värderingarna). Sedan argumenterar man steg för steg från dessa utgångspunkter till konklusionerna så att man ser hur slutsatser och utgångspunkter hänger samman. Vill man nå fram till moraliska stabila beslut, bör man redovisa alternativa utgångspunkter och visa att beslutet kan försvaras från flera olika värderande utgångspunkter.

Det betyder i detta sammanhang att man inte bara bör variera utgångspunkterna på det sättet att man utgår från andra principer än den sk beneficiensprincipen (2, kap 5; 5, kap 3), som kräver att man skall göra gott och förebygga skada. Det betyder också att man måste variera tolkningarna av denna princip. För i den etiska analysen kan man inte låtsas att denna princip är entydig. Svårigheterna ökar givetvis, om kravet att man skall göra gott, förebygga skada etc och kravet att man inte skall skada slås ihop till en grundläggande etisk princip, oavsett vad den kallas.

Problemet är i själva verket att principen är ganska innehållslös, eftersom man i olika kulturer kan ha vitt skilda idéer om vad som är gott och skadligt. Det gäller därför att precisera principen och ge den ett mer konkret innehåll, om den skall vara till någon nytta i praktiken. Detta kan naturligtvis ske, men man kan inte förutsätta att det finns bara *en* konkretisering eller specificering av principen; vi måste räkna med flera olika.

För det första finns det olika idéer om vad som är gott och skada *mellan* olika moralfilosofiska traditioner. Så är också fallet *inom* en moralfilosofisk tradition som den utilitaristiska. De klassiska utilitaristerna Bentham och Mill diskuterade i termer av lust och lycka (3,10). Deras sentida efterföljare G E Moore hävdade att det fanns annat än lust eller lycka som är gott, t ex kunskap, visdom, vänskap, kärlek och vackra ting (11). I den moderna utilitarism som företräds av Peter Singer och Richard Hare (7,12) är utgångspunkten i stället i vilken grad handlingar tillfredsställer eller frustrerar aktörernas och de berördas intressen.

För det andra är föreställningarna om vad som är t ex skada i hög grad kulturberoende, som diskussionerna om kvinnlig omskärelse påminner om. En debatt om

vad som är skadligt och gott mellan fundamentalister av olika slag kör snabbt fast. Man kan också fråga hur och av vem skadans storlek fastställs. Är det den drabbade själv som ensam avgör saken? Bör detta avgöras av en representativt sammansatt panel eller grupp? Är det doktorn eller vårdpersonalen som skall bestämma, när principen tillämpas i vården?

Vidare kan man ha olika uppfattningar om möjligheten och önskvärdheten av att lägga ihop och jämföra det som är gott och det som är skadligt för samma respektive för olika personer. Under vilka betingelser kan ett stort antal små godheter (positiva händelser) för många uppväga en stor godhet för *en* person? Kan en stor skada för *en* person uppvägas av ett stort antal positiva händelser (små godheter) för många andra personer?

Benficiensprincipen förutsätter hur som helst att det finns en grupp med någorlunda gemensamt intresse av att uppnå ett gott liv och som har en någorlunda gemensam vision av vad detta innebär. Under dessa förutsättningar kan principen få ett konkret innehåll och fungera i praktiken. Är inte dessa förutsättningar uppfyllda, får principens innebörd varieras.

Här är det därför viktigt att utarbeta alternativa tolkningar av principen, och av dess relationer till andra principer i det nätverk av moraliska principer som i ett givet fall fungerar som värdepremisser, och sedan se vad som följer av dem. Det är ju t ex stor skillnad på innebörden i principen om man tolkar kravet på att inte skada en patient så att man inte skall göra något som orsakar patienten olust eller så att man inte skall göra något som strider mot patientens långsiktiga intressen, sådana de definierats av honom själv.

Mycket av välfärdspolitiken i vårt land bygger på, eller kan åtminstone i efterhand motiveras med hänvisning till, en sådan tolkning av principen att göra gott. Utgår man från principen att man bör göra gott och förebygga skada, tolkad på det senare sättet, kan annorlunda uttryckt vissa former av paternalism försvaras. Detta gäller inte bara barn och personer som varit gravt mentalt handikappade från födseln utan också i andra fall (5, sid 279 ff). Men det är då viktigt att skilja mellan vad som i litteraturen kallas stark och svag paternalism (2, kap 5).

En debatt om vad som är skadligt och gott mellan fundamentalister av olika slag kör snabbt fast

En handling är paternalistiskt i *stark* mening om den strider emot en kompetent och informerad persons uttryckliga önskan (patienten har t ex sagt att han vägrar en viss form av behandling, men får trots detta behandlingen, därför att doktorn anser den bäst för honom). En handling är däremot paternalistisk i *svag* mening om den strider emot en persons uttryckliga önskan men är förenlig med vad personen själv skulle velat, om personen varit kompetent, adekvat informerad och/eller haft möjlighet att tänka över innehållet i informationen.

Att exempelvis hindra ett självmordsförsök hos en person som är påverkad av droger eller tillfälligt deprimerad, i varje fall under så lång tid som krävs för att man skall kunna fastställa om beslutet är uttryck för en tillfällig depression, är en form av svag, inte stark paternalism. Det är däremot en form av stark paternalism att hindra en person från att röka, om denna person är kompetent, välinformerad och fullt på det klara med riskerna.

I diskussionen om paternalism beaktar man ibland bara patientens egna kort- och långsiktiga intressen. Det handlar emellertid inte här om handlingar som enbart har konsekvenser för personen själv utan om handlingar som också har konsekvenser för andra, som tidigare framhållits.

Konklusion

I vår kultur måste vi, efter en öppen debatt, där argument för och emot olika förslag presenteras, helt enkelt i sista hand bestämma oss för var gränserna skall dras, redovisa förutsättningarna för detta ställningstagande, och sedan vara beredda att ompröva beslutet, om nya omständigheter skulle inträffa, vilka visar att förutsättningarna för beslutet inte längre gäller.

För egen del anser jag att det inte går att återvända till gångna tiders förmyndarmentalitet och starka paternalism. Detta får emellertid inte leda till en lät-gå mentalitet utan måste förenas med en humanitär och ansvarsfull inställning till folkhälsoarbete, av det slag som exemplifieras i (13).

Detta förutsätter i sin tur att vi skaffar oss bättre KUNSKAPER om effekter, kostnader och värderingar på skilda plan av olika typer av försök att påverka levnadsvanor. För att detta ska bli möjligt är det nödvändigt att någon tar ansvar för de forsknings- och samordningsinsatser som detta kräver. Husläkarna kommer sannolikt, med tanke på de ekonomiska incitament som finns, att huvudsakligen ägna sig åt prevention på individplanet.

Jag vill kraftigt understryka betydelsen av att dessa kunskaper tas fram och dokumenteras, även om det finns en hel del gjort även i Sverige (t ex 4,8,13). Motsägelsefulla budskap om t ex vilka kostvanor som är farliga, och hur farliga de är, skapar bara förvirring och frustration. Prioriteringsutredningen, för att ta ett aktuellt exempel, pekade i sin nyligen publicerade rapport (18, sid 113) på några befolkningsinriktade insatser med i *större eller mindre grad* dokumenterad effekt bl a:

minskad rökning, olycksfallsförebyggande insatser, vissa vaccinationer, minskad alkoholkonsumtion, bättre kostvanor, sundare solvanor, bättre arbetsmiljö, preventivmedels- och abortrådgivning, förebyggande mödra- och barnhälsovård, behandling av högt blodtryck...

Det finns också en hel del internationell litteratur att hänvisa till (t ex 16).

Vidare måste givetvis INFORMATIONEN om samband mellan levnadsvanor och ohälsa förbättras. Denna information måste vara riktad och utformas på olika sätt för olika målgrupper. Man måste följaktligen börja med att identifiera dessa målgrupper och analysera deras verklighetsbilder och värderingar. Inte minst i ett mångkulturellt samhälle är detta viktigt - och svårt.

Här återstår mycket att klarlägga och göra. Utan kunskaper finns det inte mycket att informera om. Men det räcker inte att bara informera, om vad som tidigare sagts om informationens begränsade räckvidd är riktigt.

Information måste kombineras med POLITISKA ÅTGÄRDER som gör det möjligt även för svaga grupper med nedsatt autonomi i samhället att ta till sig informationen och som ger dem möjlighet och tillfälle att välja.

De politiska åtgärder som detta förutsätter (t ex insatser för att ta fram lättillgänglig information, skapa betingelser för öppen och saklig debatt, för att bekämpa arbetslöshet, se över prispolitiken på livsmedel, stimulera bostadsbyggande och främja sociala nätverk) behöver inte komma i konflikt med kraven på integritet och autonomi.

Medborgarna i ett öppet och demokratiskt samhälle som vårt kan nämligen i politiska val ange vilka av dessa åtgärder de önskar och vilka de motsätter sig. (Sådana åtgärder kan följaktligen bara komma i konflikt med kraven på integritet och autonomi, om dessa krav formuleras som absoluta krav på obegränsad integritet och autonomi, vilket emellertid är orimligt av skäl som tidigare angetts.)

Hur som helst, där sätter jag stopp. Varken socialstyrelsen eller någon annan myndighet kan tala om för

Varken socialstyrelsen eller någon myndighet kan tala om för medborgarna vilka liv som är värda att leva eller vilken livsstil som är "den rätta"

medborgarna vilka liv som är värda att leva eller vilken livsstil som är "den rätta". Det är stor skillnad mellan att säga "Rök inte" eller "Det är förkastligt att röka" respektive att säga "Om du röker, så ökar du risken för att få lungcancer".

Är slutsatsen av detta att man bör vara motståndare till lagstiftning om bilbälten? Det är ju här frågan om ett slags legaliserat tvång som innebär att valet inte överlämnas till den enskilde efter information om fördelar och nackdelar? Eller annorlunda uttryckt: hur skall man, om detta resonemang ovan är korrekt, kunna försvara lagstiftning som kräver användning av bilbälten?

Försvaret kan läggas upp på flera sätt. Man kan hävda att de som inte använder bilbälten drabbas av en annan typ av skador än de som röker, att skadorna är mer dramatiska, drabbar flera och kostar samhället och de anhöriga mera än skador av rökning (rökare lever ju sällan så länge att de hinner konsumera dyr långvård).

Men om man kan försvara denna metod, kan man då inte försvara beteendepåverkan genom subliminal bildexponering i populära program som Rapport eller Aktuellt, eller metoden att sprida lyckopiller i dricksvattnet? Det är emellertid inte bara konsekvenserna av handlingarna som räknas, utan även metoden för påverkan (dvs hur ett visst resultat åstadkommit); att tillämpa en viss metod har också konsekvenser på sikt som bör beaktas.

Här kan ställningstagandet bli olika beroende på vilka etiska teorier man utgår från. För den som fäster stor vikt vid kraven på autonomi och integritet, är naturligtvis metoder som sätter dessa krav ur spel oacceptabla eller åtminstone etiskt tvivelaktiga, även om de i vissa situationer skulle vara effektiva.

Jag har emellertid i denna uppsats försökt skissera en strategi som tar hänsyn till dessa krav samtidigt som den beaktar att valet av levnadsvanor och livsstil kan ha konsekvenser för barn, syskon, föräldrar och andra anhöriga, liksom för andra aktörer och berörda, t ex arbetskamrater och skattebetalare. I den mån deras välfärd påverkas, är deras intressen legitima. Följaktligen bör man också ta hänsyn till dem.

Det viktiga är att diskussionen förs med utgångspunkt från öppet redovisade premisser, att man är beredd att

variera dessa, att konsekvenserna av olika värderingsalternativ undersöks, att möjliga handlingsalternativ identifieras och deras konsekvenser utreds, att aktörer och berörda identifieras, att vad de olika handlings- och värderingsalternativen innebär för dem granskas. När sedan helhetsbedömningen sker, bör man vara beredd att ompröva resultatet om något skulle komma fram (t ex genom ny forskning) som gör att förutsättningarna för denna helhetsbedömning ändrats.

REFERENSER

1. Aaro L E, Hauknes A, Berglund E L: Smoking Among Norwegian Schoolchildren 1975-80. II The Influence of the Social Environment, Scand Journal of Psychology, 1981; 22: 297-309.
2. Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics, 3rd edition, New York & Oxford: Oxford University Press, 1989.
3. Bentham J: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation, Oxford: Blackwell, 1960 (först publicerad 1789 och reviderad 1823).
4. Brännström I: Community Participation and Social Paterning in Cardiovascular Disease Prevention, Umeå: Umeå universitet, Dept of Epidemiology and Public Health (diss), 1993.
5. Engelhardt HT: The Foundations of Bioethics, Oxford: Oxford University Press, 1986.
6. Green DE: Teenage Smoking. Immediate and Long-term Pattern, Washington D C: National Institute of Education, US Department of Health, Education and Welfare, 1979.
7. Hare RM: Moral Thinking, Oxford: Clarendon, 1981.
8. Lindholm L, Rosén M: Folkhälsans ekonomi - hälsoekonomiska aspekter på primärprevention, i Folkhälsans villkor, Rapport nr 9 från Folkhälsogruppern.
9. Marsh A, Matheson J: Smoking Attitudes and Behaviour, London: Office of Population Censuses and Surveys, Social Survey Division, 1981.
10. Mill JS: On Liberty and Other Essays, ed John Gray, Oxford: Oxford University Press, 1991.
11. Moore GE: Etik, Stockholm: Bonniers, 1962 (först publicerad 1912).
12. Singer P: Practical Ethics, Cambridge: Cambridge University Press, 1979 (sv övers Praktisk etik, Stockholm: Thales, 1990).
13. Smedby B, Isacson S-O, Westrin C-G red: Folkhälsans förändring och hälsoarbetets konsekvenser. En rapport. Stockholm: MFR, 1991.
14. Ten CL: Mill on Liberty, Oxford: Clarendon, 1980.
15. Thalberg I: Perception, Emotion & Action, Oxford: Blackwell, 1977.
16. The Value of Preventive Medicine. Ciba Foundation Symposium 110, London: Pitman, 1985.
17. Townsend P Davidson N ed: Inequalities in Health. The Black Report, Harmondsworth: Penguin, 1982.
18. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Stockholm: SOU 1993:93.

1995 års kurser i folkhälsovetenskap



Nordiska hälsovårdshögskolan erbjuder ett stort och varierat utbud av kurser i folkhälsovetenskap på akademisk nivå.

Du kan lägga samman kurserna, enligt vissa regler, och få Diplom i folkhälsokunskap och dessutom skriva en avhandling och bli Master of Public Health.

NHV är den enda högskolan i sitt slag i Norden. Den rekommenderas av sjukvårdshuvudmännen och erbjuder Dig:

- kurser om 1 - 2 månader med möjlighet till MPH-examen
- forskarutbildnings-/fördjupningskurser om två veckor
- kostnadsfri undervisning och inkvartering, subventionerade resor
- lärare och kursdeltagare från alla nordiska länderna

Skicka/faxa svarstalongen till oss, eller ring:
tel: +46-(0)31-69 39 00, fax: +46-(0)31-69 17 77
Sista ansökningsdatum 15 maj 1994.



Nordiska hälsovårdshögskolan
Nya Varvet
Box 12133
S-402 42 GÖTEBORG



☐ Sänd mig kurskatalog för 1995 års kurser med ansökningsblankett

Texta tydligt!

Namn _____

Adress _____

Postnr _____ Ort _____