

Folkhälsoarbete och etik

Tore Nilstun

Folkhälsoarbete aktualiserar en rad etiska frågor. Med kampen mot tobaksbruk som exempel struktureras framställningen med hjälp av en enkel modell för analys av etiska konflikter. Den innehåller dels en värddimension, som utgörs av autonomi-, omsorgs- och rättvis principerna, dels en aktörsdimension, som utgörs av de grupper av personer som är involverade i eller berörs av folkhälsoarbetet. Ser man till folkhälsoarbetet i stort är framför allt jämlikhetsfrågor centrala. Speciellt utgör de växande skillnaderna mellan olika socio-ekonomiska grupper, och mellan kvinnor och män, en oacceptabel utveckling.

Tore Nilstun är docent och högskolelektor vid Enheten för medicinsk etik, Lunds universitet.

Både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är viktiga uppgifter för samhället. Det är angeläget med en samhällsutveckling och livsstil som gör att alla människor ges möjlighet att bibehålla eller utveckla god hälsa, och att ingen utsätts för sjukdomsframkallande miljöer, ämnen och beteenden.

För att bedriva ett effektivt folkhälsoarbete behövs därför goda kunskaper om den pågående samhällsutvecklingen, om ohälsans orsaker och om möjliga sätt att förbättra situationen. Men kunskaper är inte tillräckligt. Vid val av strategier i folkhälsoarbetet behövs också en sammanfattande etisk bedömning.

Ett exempel

För att illustrera detta ska jag använda kampen mot tobaksbruk som exempel. Enligt WHO är rökning den största förebyggbara hälsorisken. Det finns statistik som tyder på att 90 procent av alla fall av lungcancer, 75 procent av alla fall av kronisk bronkit och emfysem (blåsbildning i lungorna) samt 25 procent av alla fall av sjukdomar beroende på förträngningar i blodkärlen

är en följd av tobaksrökning. Till detta kommer de hälsoproblem som orsakas av passiv rökning (1). Det är därför knappast överraskande att långtgående åtgärder har föreslagits för att bekämpa rökningen.

Inspirerad av Leppo och Vertio (2) och Haglund och Nordgren (3) ska jag skilja mellan några olika typer av sådana åtgärder.

- *Prispolitik*: hög, differentierad skatt beroende på hälsorisk och regelbundna skattehöjningar i konsumtionsdämpande syfte.
- *Produktkontroll*: högsta tillåtna halter av vissa skadliga ämnen i tobaksprodukter och förbud mot t ex snus.
- *Säljrestriktioner*: begränsning av säljställen (bl a förbud mot tobaksautomater) och öppettider, åldersgräns för inköp och ingen tullfri införsel.
- *Hälsoupplysning*: i skolor, i massmedia, inom sjukvården (direkt till patienter och andra hjälpsökande) och av frivilliga organisationer.
- *Tobaksnegativ påverkan*: varningstexter med angivande av halt av tjära, nikotin och kolmonoxid på tobaksprodukter.
- *Ingen tobakspositiv påverkan*: förbud mot tobaksreklam och rökning i TV.
- *Restriktioner mot rökning*: rökfri hälso- och sjukvård, rökfria kollektiva transporter och fängelser, förbud mot rökning i offentliga lokaler, på daghem, skolor och arbetsplatser.

Tillämpningen av sådana strategier aktualiserar en rad etiska frågor. Är det t ex etiskt acceptabelt att påtvinga människor information om hälsorisker? Hur ska man ställa sig till propaganda? Spelar det någon

.....
Långtgående åtgärder har föreslagits för att bekämpa rökningen
.....

Med uttrycket "etisk konflikt" avses en situation där det finns en moralisk skyldighet att utföra två oförenliga handlingsalternativ

roll om informationen gäller generella samband mellan riskfaktorer och ohälsa eller rör den enskildes individs risksituation? Finns någon moralisk skyldighet att följa rekommendationerna? Får, eller rent av bör, de personer som inte ändrar sin livsstil klandras för detta? Får de t ex vägras vård? Är det etiskt acceptabelt att mot den enskildes vilja förhindra henne att leva ett ohälsosamt liv, och i så fall i vilka sammanhang och på vilka sätt?

En modell för etisk analys

För att ge struktur åt diskussionen ska jag presentera en enkel modell för identifiering och analys av etiska konflikter. Med uttrycket "etisk konflikt" avses här en situation där det finns en moralisk skyldighet att utföra två oförenliga handlingsalternativ (4). Det anses t ex inte bara vara en moralisk skyldighet för samhällets representanter att förebygga ohälsa utan också att respektera medborgarnas rätt att fritt bestämma över sig själva. Men ibland, och det är då etiska konflikter uppkommer, är det inte möjligt att förebygga ohälsa utan att inkräkta på den enskildes rätt till självbestämmande.

Analysmodellen, som innehåller en värde- och en aktörsdimension, är en kombination av idéer hämtade från Francoeur (5) och Hermerén (6). Värdedimensionen innehåller den etiska analysens värdepremisser. Aktörsdimensionen innehåller de grupper av personer som är involverade i eller berörs av den aktuella problemsituationen.

Vad gäller värdepremisserna är framför allt tre typer av etiska teorier relevanta. Den första är den liberala teorin, så som den t ex formuleras av Nozick (7). Grundläggande är här den enskildes rätt att utan inblandning från samhället fritt bestämma över sig själv och sina tillgångar. Den andra är den moderna utilitarismen med Bentham (8) och Mill (9) som viktiga inspirationskällor. Enligt denna är nyttomaximering det överordnade kriteriet vid all samhällsplanering. Den tredje typen av teorier tar upp rättvisefrågor. En av de

mer inflytelserika filosoferna i detta sammanhang är Rawls (10). Enligt honom är det önskvärt med en sådan fördelning av makt, inkomster och egendom att de sämst ställda gynnas.

Huvudidéerna i dessa tre teorier tycks vara väl förankrade i det svenska samhället. De kan kort sammanfattas med hjälp av följande tre etiska principer:

- *Autonomiprincipen*: Det finns en moralisk skyldighet att respektera allas rätt att fritt bestämma över sig själv och sina tillgångar.
- *Omsorgsprincipen*: Det finns en moralisk skyldighet att inte skada, att minska och förebygga lidande och att främja välbefinnande.
- *Rättvisepincipen*: Det finns en moralisk skyldighet att gynna de sämst ställda vid fördelning av bördor och förmåner.

Vilka aktörer som är involverade i problemsituationen varierar från en situation till en annan. Men i folkhälsoarbetet mot tobaksbruk torde de viktigaste vara

- vuxna personer som vill använda tobak,
- vuxna personer som inte vill använda tobak eller drabbas av andras bruk,
- barn som bör skyddas från andras bruk och förhindras att använda tobak,
- tobaksindustrin som vill sälja och tjäna pengar på sina produkter,
- arbetsgivare som får ökade utgifter för anställda som använder tobak,
- staten som betalar sjukvård och får skatteinkomster
- myndighetspersoner och andra som är aktiva i kampen mot tobaksbruk.

Att tillämpa denna modell vid bedömningar av strategier i folkhälsoarbetet innebär att först kartlägga etiska vinster och förluster för olika grupper av involverade och därefter väga de etiska vinsterna mot de etiska förlusterna.

Etiska vinster och förluster

De två uttrycken "etiska vinster" och "etiska förluster" är i första hand naturliga att använda i samband med omsorgsprincipen. Goda konsekvenser uppfattas som etiska vinster och dåliga konsekvenser som etiska förluster. Här använder jag emellertid uttrycken även i samband med autonomi- och rättvisepripciperna. Att kränka någons rätt till självbestämmande eller att öka

orättvisorna, uppfattar jag som etiska förluster. På motsvarande sätt uppfattar jag ökade möjligheter till självbestämmande och minskade orättvisor som etiska vinster. Jag är medveten om att uttrycken "förlust" och "vinst" kan vara missvisande i detta senare sammanhang. Men jag har inte kunnat hitta några andra termer som bättre antyder att det är möjligt att göra (och faktiskt ofta görs) avvägningar inte bara mellan dessa tre principer vid val av handlingsalternativ, utan också inom ramen för enskilda principer.

Vad gäller *autonomiprincipen* utgörs de etiska förlusterna av åtgärder som begränsar valfriheten – i första hand för de personer som konsumerar tobaksprodukter. Men inskränkningar i marknadssystemet innebär också autonomiförluster för producenter och distributörer. Förekomsten av rökfria lokaler ökar individens möjligheter att välja bort onödiga hälsorisker. Detta kan därför uppfattas som en autonomivinst för personer som inte vill drabbas av andras rökning eller frestelsen att själva börja röka.

Vad gäller *omsorgsprincipens* skyldigheter att inte skada, och att minska och förebygga lidande leder folkhälsoarbetet till etiska vinster för personer som annars skulle ha utsatts för tobakens hälsorisker. Bland dessa återfinns både tobaksbrukare (som slutat eller minskat sin konsumtion) och tobaksfria personer (som inte börjat eller inte drabbats av andras tobaksbruk). Minskade tobaksrelaterade utgifter för staten och arbetsgivarna utgör också etiska vinster. Möjligen kan man även uppfatta den glädje som tycks vederfaras framgångsrika hälsoarbetare som en etisk vinst.

Omsorgsprincipen kan också ge upphov till etiska förluster. Ett exempel är den oro som hälsokontroller kan leda till med påföljande överkonsumtion av vård (11). Detta ger ökade utgifter för staten. Minskade skatteinkomster till följd av lägre tobakskonsumtion kan också uppfattas som en förlust. Men om folkhälsoarbetet mot tobak är framgångsrik, torde dock omsorgsvinsterna överväga både för rökarna och för staten.

Vad gäller *rättvisepincipen* är denna också rele-

.....

Vad gäller autonomiprincipen utgörs de etiska förlusterna av åtgärder som begränsar valfriheten

.....

.....

I vissa fall utsätts rökare för ren diskriminering

.....

vant. Situationen kännetecknades tidigare av att rökarna gynnades på bekostnad av dem som inte ville utsättas för rökningens sanitära olägenheter. Nu förhåller det sig i en del fall tvärt om. I vissa fall utsätts rökare för ren diskriminering. För rökarna innebär detta en rättviseförlust. Men för icke-rökarna är det fråga om en vinst.

I det föregående har jag jämfört en situation med förebyggande åtgärder mot tobaksbruk med en situation utan sådana åtgärder. De identifierade etiska vinsterna och förlusterna sammanfattas i *figur 1*.

Figur 1. Sammanställning av etiska vinster och förluster för personer som är involverade i eller berörs av folkhälsoarbetet mot tobaksbruk.

Aktörer och berörda	Etiska principer		
	Autonomi	Omsorg	Rättvisa
Tobaksbrukare	Förluster	Vinster	Förluster
Tobaksfria			
–Vuxna	Vinster	Vinster	Vinster
–Barn		Vinster	Vinster
Tobaksindustrin	Förluster	Förluster	
Arbetsgivare		Vinster	
Staten		Vinster	
Hälsoarbetare		Vinster	

Avvägning mellan vinster och förluster

De åtgärder som används eller föreslagits i kampen mot tobak aktualiserar två olika typer av etiska konflikter. I båda fallen är det omsorgsprincipen som ställs mot autonomiprincipen. Men vid den första typen av konflikter är syftet att skydda samma individer som får sin självbestämmanderätt begränsad, vid den andra är syftet att skydda tredje person.

Den förra typen av etiska konflikter diskuteras ofta under rubriken "paternalism", som av Dworking (12) definieras som

the interference with a persons liberty of action justified by reasons referring exclusively to the welfare, good, happiness, needs, interests or values of the person being coerced.

En etisk analys av de paternalistiska inslagen i den finska anti-röklagstiftningen görs av Häyry, Häyry och Karjalainen (13). De skiljer mellan tre olika grader av paternalism. Till den svagaste formen för paternalism räknar de hälsoupplýsning i skolor, samt förbud mot tobaksreklam, tobaksautomater och försäljning till minderåriga. Till mellanformen räknar de hälsoupplýsning i massmedia, inom sjukvården och av frivilliga organisationer samt varningstexter på tobaksprodukter. Till den starkaste formen räknar de förbud mot tobaksprodukter som bedöms ha för höga halter av skadliga ämnen.

Deras utgångspunkt vid bedömningen är liberalismens grundidé så som den formuleras av John Stuart Mill (14). Enligt honom gäller att

the sole end for which mankind are warranted, individually or collectively, in interfering with the liberty of action of any of their number, is self-protection. That the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physically or moral, is not a sufficient warrant.

Med denna princip som bedömningsgrund är det, enligt Häyry och medarbetare, endast den starkaste formen för paternalism som vållar problem:

The ban on strong tobacco brands being, however, the only instance of wrongful paternalism with the Tobacco Act, it is quite amazing how moderately paternalistic the Finnish anti-smoking regulations are compared with the attitudes underlying them.

Detta förefaller vara en rimlig bedömning av den finska lagstiftningen. Men ser man till de åtgärder som faktiskt används i Sverige är bilden något mer problematisk. Speciellt tveksamma är, enligt min mening, en del av de restriktioner mot rökning som finns på vissa arbetsplatser, och inom hälso- och sjukvården. Trevliga rökrum, lämpligt lokaliserade och med adekvat ventilation borde vara en självklarhet om inte tungt vägande skäl talar för motsatsen.

Trevliga rökrum, lämpligt lokaliserade och med adekvat ventilation borde vara en självklarhet om inte tungt vägande skäl talar för motsatsen

::::::::::

Kravet att det ska finnas rökfria lokaler måste tillgodoses även om det innebär vissa olägenheter för rökarna

::::::::::

Däremot ser jag inga större problem med den andra typen av konflikter. I dessa fall görs inskränkningar i självbestämmanderätten för att skydda tredje person. Kravet att det ska finnas rökfria lokaler måste tillgodoses även om det innebär vissa olägenheter för rökarna. Tobaksindustrins intressen får rimligen ge vika i folkhälsoarbetet. Det samma gäller den tullfria införseln. Inte heller prisnivån på tobaksprodukter utgör för närvarande ett problem. Den kan rättfärdigas med sin konsumtionsdämpande effekt.

Jämlikhet och ohälsa

I min etiska analys har jag än så länge begränsat mig till folkhälsoarbetet mot tobaksbruk. Autonomi- och omsorgsprinciperna är i detta sammanhang helt centrala. Ser man däremot folkhälsoarbetet i stort kommer rättvisepincipen i fokus. Frågan gäller i första hand om det finns skillnader mellan olika socio-ekonomiska grupper, men också skillnader mellan kvinnor och män.

Av intresse i detta sammanhang är *The Black Report* från 1980 (15) och *The Health Divide: Inequalities in health in the 1980s* från 1987 (15). Vad som speciellt betonas i dessa rapporter är hälsans ojämlika fördelning. Det finns även svenska studier (16,17) som tyder på att ojämlikheterna på inget sätt är begränsade till Storbritannien. I Sverige har t ex skillnaden i dödstal bland män i olika socio-ekonomiska grupper ökat. Risken för tidiga dödsfall bland icke facklärdade män (20–69 år) är 51 procent högre än för män med tjänstemannayrken på mellannivå, och dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar bland svenska män (45–64 år) har minskat för dem med tekniskt administrativa yrken, medan den har ökat för män som arbetar i verkstadsindustrin (18).

Även bland kvinnor finns motsvarande socio-ekonomiska skillnader. Detta gäller såväl dödsrisk som risk för arbetsolycksfall. Beaktas även att andelen rökare är högst bland yngre kvinnor i arbetaryrken finns skäl att tro att de sociala skillnaderna bland kvinnor

kommer att fortsätta att öka. Sjukfrånvaron har också ökat mer för kvinnor än för män, och andelen kvinnor som förtidspensioneras på grund av sjukdomar eller försämlitningar i rörelseorganen har under 1980-talet varit högre än för män (18).

Oberoende av hur dessa skillnader förklaras, är det rimligt att fråga om denna utveckling kan anses etiskt acceptabel? Svaret beror på vilket rättvisbegrepp man utgår från. Enligt Tristram Engelhardt Jr (19) bestäms vad som är rättvisa av

how one distinguishes the unfair from the unfortunate, and that this is closely tied to how one assesses the significance of the natural lottery, which is closely associated with how we view the basis of entitlement of goods. ...

In the absence of a shared common intuition of the good life, which intuition appears to be absent, the view of the good life will be created, not discovered. And such creation will need to be pursued through: (1) creating a line defining needs vs. desires, and (2) deciding the extent to which one will treat unfortunate circumstances as if they were cases of unfairness.

Vad gäller den moralfilosofiska frågan lutar jag åt Engelhardts ståndpunkt. Etiska principer äger ingen annan giltighet än den auktoritet de får genom att vara intellektuellt och känslomässigt acceptabla för enskilda individer eller grupper. Enligt min uppfattning bör därför värderingar hos involverade aktörer och berörda beaktas vid den etiska analysen. Men de har inte samma vikt. Värderingar hos dem som berörs av folkhälsoarbetet bör tillskrivas något större tyngd.

Vad gäller frågan om otur eller orättvisa är det för mig alldeles självklart att rådande skillnader i ohälsa både mellan olika socio-ekonomiska grupper och mellan män och kvinnor bör uppfattas som en orättvisa. Att denna bedömning inte saknar förankring hos professionen framgår av att temat för den andra svenska kongressen i folkhälsoarbete och samhällsmedicin, Linköping 1992, just var *den ojämlika hälsan*. Samma tanke kommer också till uttryck i folkhälsogruppens

.....
Rådande skillnader i ohälsa både mellan olika socio-ekonomiska grupper och mellan män och kvinnor bör uppfattas som en orättvisa
.....

arbete där det betonas att ”sociala skillnader i hälsoutvecklingen är det centrala problemet” (20).

Avslutande kommentar

I det föregående har jag presenterat och tillämpat en modell för analys av etiska konflikter i folkhälsoarbetet. Den första uppgiften, som är att identifiera de personer som på olika sätt är eller anses vara involverade, är relativt oproblematisk. Det samma gäller den andra, som är att formulera de relevanta etiska principerna. Det avgörande för principernas relevans vid analysen av en etisk problemsituation är att dessa fångar upp grundläggande värderingar hos dem som är involverade i eller berörs av de konflikter som ska analyseras. Den tredje uppgiften är att kartlägga de olika strategiernas etiska vinster och förluster. Huruvida en vinst eller förlust ska beaktas, beror enbart på om någon involverad eller berörd person, med utgångspunkt i sina kunskaper och sin moral, anser (eller rimligen kan anse) att den är viktig.

Den möda som ägnas åt de tre första uppgifterna ökar inte bara kunskaperna om mångfalden av etiska problem i det pågående folkhälsoarbetet. Det bidrar också till att motverka den mänskliga benägenheten att ”glömma bort” vinster eller förluster. Detta gäller speciellt när man kommit fram till eller lutar åt ett bestämt ställningstagande i en kontroversiell fråga. Då förlorar man till en viss grad förmågan att uppfatta och rätt bedöma motargument.

Arbetet med de tre första uppgifterna är alltså en mycket viktig förberedelse inför den fjärde uppgiften. Att lösa denna uppgift innebär att kritiskt värdera vinsterna och förlusterna i syfte att komma fram till ett etiskt välgrundat ställningstagande. Inte sällan leder den etiska analysen fram till enighet. Men att ge några bindande skäl för en bestämd avvägning mellan etiska vinster och förluster är knappast möjligt. Detta är heller inte modellens syfte. Min ambition är endast att modellen ska bidra till att underlätta det rationella etiska samtalet.

REFERENSER

1. Westerholm B: Tobak eller hälsa. Socialmedicinsk tidskrift 1989;66 (2-3):64.
2. Leppo K, Vertio H: Smoking control and public policy. Health promotion 1986;1:1-17.

3. Haglund M, Nordgren P: Tobaken som samhällsfråga. Socialmedicinsk tidskrift 1989;66(2-3):65-7.
4. Sinnott-Armstrong W: Moral dilemmas. Oxford, New York: Basil Blackwell, 1988.
5. Francoeur F T: Biomedical ethics. A guide to decision making. New York: John Wiley & Sons, 1983.
6. Hermerén G: Kunskapens pris. Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap. Stockholm: Forskningsrådets förlagstjänst, 1986.
7. Nozick R: Anarchy, state and utopia. New York: Basic Books Inc. 1974.
8. Bentham J: An introduction to the principles of morals and legislation. Oxford, 1789.
9. Mills J S: Utilitarianism. London: Longman, 1864.
10. Rawls J: A theory of justice. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1971.
11. Sachs L: Sjukvårdssystemets jakt på hälsa. Hälsokontroller leder till större konsumtion av obefogad vård? Läkartidningen 1991;88(51-52):4450-2.
12. Dworking G: Paternalism. The monist 1972;56:64-84.
13. Häyry H, Häyry M, Karjalainen S: Paternalism and Finnish anti-smoking policy. Social science and medicine 1989;28(3):293-7.
14. Mill J S: On liberty. London 1859 (citerad efter tredje upplaga 1864).
15. Townsend P, Davidson N, Whitehead M (eds): Inequalities in health. Harmondsworth: Penguin books, 1988.
16. Lundberg O: Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet (akad avh). Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1990.
17. Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt D, red: Klass och ohälsa. Stockholm: Tidens förlag, 1991.
18. Dahlgren G: Strategier för folkhälsa - några framtidsperspektiv. I Folkhälsans villkor. Stockholm: Folkhälso-gruppens skriftserie Nr 9, 1991:45-84.
19. Engelhardt, H T Jr: Health care allocations: Responses to the unjust, the unfortunate and the undesirable. In: Schelp ed. Justice and health care. Dortrecht, Boston, London: Reidel Publishing Company, 1981:121-37.
20. Riktlinjer för folkhälsoarbetet och Folkhälso-gruppens uppgifter. Stockholm: Folkhälsogruppen, 1989.

Årsbok om ungdom 1993

Det var bättre förr! anser många vuxna.

Men har det verkligen blivit värre?

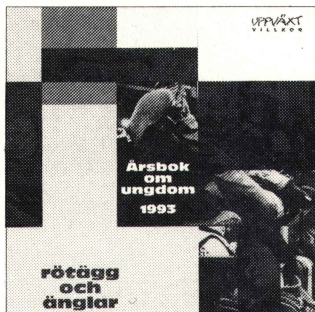
Läs om ungdomar, normer och värderingar i 90-talets Sverige.

Artiklar:

Jerzy Sarnecki: Hur förändras ungdomsbrottsligheten?
Martin Hedén besöker Bärby.

Ny SKOP-undersökning:

1 000 ungdomar har intervjuats om sina relationer till vuxna.



125:- (260 sidor)

Jag beställer prenumeration/er av Tidskriften Uppväxt-
villkor à 280:- (5 nr) inkl Årsbok om ungdom 1993.

Jag beställer.....ex av Årsbok om ungdom 1993, à 125:-

Namn.....
Mynd/Org.....
Adress.....
Postadress.....
Tfn.....

Insändes till



STATENS UNGDOMSRÅD

Box 6885, 113 86 Stockholm

eller ring
08/736 01 70