

# Liberal folkehelsepolitikk

Hvorvidt en liberal folkehelsepolitikk er mulig, avhenger selvsagt av hva man mener med uttrykkene "liberal" og "folkehelsepolitikk". I utgangspunktet kan "liberal folkehelsepolitikk" fremstå som et oxymoron, som et uttrykk hvor man setter sammen to størrelser som slett ikke går sammen – det språklige motstykket til ansjos i vaniljesaus. Der liberalismen har frihet som sin mest sentrale verdi, er helsen øverste verdi i et folkehelseperspektiv. Og der liberalismen setter individet i sentrum, retter folkehelsepolitikken seg mot befolkningen som helhet. Der liberalismen legger seg på en mer verdinøytral linje, er folkehelsepolitikken mer perfektjonistisk. Det er åpenbart at dette vil skape motstridende vurderinger i mange spørsmål. Det er også mer enn tvilsomt at man vil evne å få disse to verdisfærene til å gå opp i en høyere enhet. Likevel får vi anta at en liberal folkehelsepolitikk er mulig, siden hovedstrømmen i liberalismen også rommer en folkehelsepolitikk. Det er bred enighet i den liberale tradisjonen om at alle borgere har rett til grunnleggende helsetjenester og at det er en statlig oppgave å beskytte borgerne mot farer, herunder også helsefarer.

Det er ikke slik at vi simpelthen kan slutte oss til at det finnes ett korrekt svar på hva som er akseptabelt i folkehelsepolitikken ut fra et begrep om liberalisme, fordi et liberalt ståsted er forenlig med til dels sterkt motstridende synspunkter på mange helsespørsmål. For eksempel kan man både argumentere for og imot obligatorisk vaksine mot barnesykdommer innenfor en liberal forståelsesramme, selv om de fleste nok vil helle mot at slikt bør være opp til foreldrene.

Når vi diskuterer hvorvidt en liberal folkehelsepolitikk er mulig, vil det være naturlig å legge mest vekt på konfliktområdene hvor en liberal politikk trekker i en annen retning enn mye folkehelsepolitikk. Selvsagt er det mange temaer jeg ikke vil ha rom til å ta opp her. For eksempel består en viktig del av folkehelsearbeidet av innsamling av epidemiologiske data, og her vil en liberal politikk insistere på at personvern hensyn må ivaretas, men det er ikke et poeng jeg skal dvele videre ved her. Jeg skal heller ikke gå inn på slikt som organisering og finansiering av helsetjenester, selv om det også er en del av debatten om en liberal folkehelsepolitikk. Jeg vil konsentrere meg om paternalistiske folkehelse tiltak, fordi de utgjør den største trusselen mot borgernes frihet og integritet i dag, men det er selvsagt ikke bare paternalistiske folkehelse tiltak som er problematiske.<sup>1</sup>

En liberal folkehelsepolitikk må yte motstand mot det som kalles "helsisme", altså helse som en ideologi, hvor den overgripende verdien som skal styre all atferd og alle tiltak er hvorvidt det fremmer helsen eller ikke, og hvor helsen skal maksimeres. Helsismen er perfektjonistisk. Med

”perfeksjonisme” mener jeg i denne sammenhengen den oppfatning at helse er av en så stor verdi at den bør oppfattes som et gyldig mål for enhver borger og at det er legitimt for myndighetene å bruke makt for å realisere dette målet i den enkelte borgers liv, uavhengig av de faktiske preferansene borgeren har. Det motsatte er nøytralisme, altså at staten i utgangspunktet ikke bør privilegere noen verdier fremfor andre. Staten skal da ikke basere politikk og lovgivning på noen bestemt visjon av det gode, da dette bør være opp til den enkelte. Liberale tenkere har stort sett motsatt seg perfeksjonisme, ut fra en tanke om at en perfeksjonistisk stat bare kan eksistere under forutsetning av en undertrykkende bruk av statsmakt.<sup>2</sup>

Folkehelsepolitikken er også uttrykk for en omsorgsideologi som kontrollerer og normaliserer befolkningen. Den utøver det Michel Foucault kalte ”biomakt”. I kjernen til det liberale demokratiet ligger tanken om at enhver borger har en rett til å forme sitt eget liv. I kjernen til omsorgsregimet ligger heller tanken om borgernes tilkortkommenhet overfor en norm som de ikke selv har definert. Omsorgsregimet setter borgerne under administrasjon av ekspertsystemer som mener å vite bedre enn borgerne selv hvordan livene deres bør formes. Da blir det knapt grenser for statens virkefelt.

John Stuart Mill fastslår: ”Individet bør bestemme over den delen av livet som hovedsakelig interesserer individet; samfunnet over den del som hovedsakelig interesserer samfunnet.”<sup>3</sup> Spørsmålet er selvsagt hvor grensen mellom disse to går. Man må balansere individuelle og allmenne interesser. Hva som er i en persons ”beste interesse” er en vurdering den enkelte i det vesentlige må få ta selv. På et individnivå er dette stort sett uproblematisk fordi vi i den kliniske medisins etikk simpelthen lar pasientens autonomi overtrumpe hensynet til hva som etter alt å dømme er til pasientens beste. Hvis en pasient med for eksempel en livstruende hjertelidelse ikke vil la seg behandle, til tross for at det finnes en behandling som antakelig vil lykkes og har få alvorlige bivirkninger, vil vi normalt gi pasienten anledning til å nekte å bli behandlet. Pasientens rett til selvbestemmelse overtrumfer hensynet til hva vi mener er til pasientens beste. På et populasjonsnivå blir dette atskillig mer komplisert, fordi vi må lage regler som skal gjelde for hele befolkningen.

Folkehelseiltak som begrenser borgernes handlingsrom vil både ramme mennesker som ikke selv drar nytte av ulike tiltak (for eksempel mennesker med en moderat bruk av et næringsmiddel som kun er skadelig i større kvanta) og mennesker som ikke ønsker seg dette tiltaket selv om deres helse kunne ha godt av det. Da må det også stilles strenge krav til begrunnelsen av tiltaket. Begrunnelsen vil stort sett bestå i at tiltaket er nyttig, men nytte er bare ett av flere hensyn her, da borgerne har frihetsrettigheter som kan overtrumpe nyttehensyn.

Frihet er ikke bare én verdi blant andre, men snarere en forutsetning for genuin handling og derfor også for realiseringen av alle andre mål. Friheten er åpen, og kan romme et mangfold av forestillinger om lykke der helsebegrepet i større utstrekning låser oss til én visjon av lykken. Man kan hevde at man ved å fremme borgernes helse også fremmer deres autonomi fordi man har et større mulighetsrom med bedre helse. Det er i og for seg riktig, men enhver holdbar konsepsjon av autonomi må også være forenlig med at borgerne velger levevis som i realiteten svekker autonomien deres. Det vil for eksempel gjelde enkelte religiøse levevis, og det må gjelde livsstilsvalg med konsekvenser for helsen.

## Helse, lykke og normalitet

Det er ingen konsensus om hva vi bør mene med helse. De snevreste helsebegrepene definerer det stort sett som fravær av sykdom, mens de videste i grunnen omfatter absolutt alt i menneskelivet. Variasjonen i helsebegreper som har svært ulikt meningsinnhold og omfatter vidt forskjellige gjenstander, gjør det i seg selv tvilsomt om vi kan betrakte helse som en objektiv størrelse. Alle forståelser av helse (og sykdom) vil i praksis være verdibaserte, selv om det er gjort forsøk på å utvikle verdifrie sykdoms- og helsebegreper.<sup>4</sup>

Det offisielle norske helsebegrepet er identisk med det vi finner hos Verdens helseorganisasjon (WHO): "Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyter." Definisjonen ble lansert i 1946 av blant andre tidligere helsedirektør Karl Evang, og den er nedfelt i første paragraf av WHO's grunnlov av 1948. Mange har, med rette, gjort narr av dette helsebegrepet fordi det både angir en tom mengde, fordi det ikke finnes ett eneste menneske på kloden som oppfyller kriteriene, og samtidig kunne det ikke vært bredere, fordi det ikke er ett eneste trekk ved menneskelivet som ikke kunne vært helserelevant. Den antikke, greske legen Galen hadde en annen definisjon av helse: En tilstand hvor vi verken har smerter eller blir hindret i hverdagens gjøremål. Det er en helseforståelse som er mer i samsvar med vanlig språkbruk enn helseorganisasjonens definisjon, og den ville være å foretrekke.

Helseorganisasjonens definisjon inkluderer sosial helse, i tillegg til den somatiske og den mentale. Den sosiale helsen omfatter også fordelingen av goder i det enkelte samfunnet og globalt. Slik sett kan et såpass politisk kontroversielt spørsmål som fordelingspolitikk sies å bli subsumert under folkehelsepolitikken. Forståelsen av helsebegrepet er blitt stadig videre, slik at det blir mer og mer problematisk å trekke institusjonelle skiller for folkehelsematikken. Det er knapt noen ting som ikke kan vises å ha én eller annen påvirkning på folkehelsen. Hvis dette fortsetter, blir helseministeren "direktøren for det hele", for å låne en tittel fra en film av Lars von Trier, og alle andre departementer kan legges under Helse- og omsorgsdepartementet.

Det utvidede helsebegrepet blir langt på vei synonymt med lykke. Men de to er ikke synonyme. At helse og lykke ikke er sammenfallende kan for eksempel vises av at en person kan lide av svært dårlig helse og likevel oppfatte seg selv som lykkelig. Helse er kun et middel til lykke. Riktignok er det et svært viktig middel, men dog bare et middel. Utvidelsen av helsebegrepet til i realiteten å favne hele menneskelivet og hele samfunnet fører potensielt til en avpolitisering av det som bør være politiske spørsmål. Der det er ytterst kontroversielt å hevde at staten bør sørge for borgernes lykke, er det langt mindre kontroversielt å hevde at den bør sørge for borgernes helse. Dette skillet tildekkes av det utvidede helsebegrepet. Selvsagt kan man hevde at det er en statlig oppgave å sørge for borgernes lykke, men det er i så fall et synspunkt man må argumentere for, vel vitende at det finnes tunge argumenter mot. Den såkalte lykkeforskningen kan vise hva som får en gjennomsnittsborger til å føle seg vel, men denne gjennomsnittsborgeren er et rent konstrukt. Noen mennesker vil ligge tettere opp til denne konstruksjonen enn andre, og det vil være illiberal å hevde at den som blir lykkelig av noe annet enn gjennomsnittsborgeren simpelthen har tatt feil av hva som gjør ham lykkelig. Immanuel Kant påpeker at alle mennesker søker lykken, men hva som gjør et menneske lykkelig, er så ubestemt at ingen myndigheter legitimt kan gjøre krav på å forvalte innsikt i lykkens vesen på vegne av den enkelte borger.<sup>5</sup>

Helse er i stor utstrekning noe som kan forvaltes av et ekspertvelde, men lykken er ubestemt. Helseministerens visjon av lykken har simpelthen ikke gyldighet for andre enn helseministeren, og det må være fritt frem for borgerne å realisere en helt annen visjon av lykken. En grunnpilar i et liberalt samfunn er tanken om at individer og grupper i det vesentlige må få leve livene sine ut fra deres *egne* oppfatninger om hva som gir livet mening og verdi. Helseministeren bør altså slett ikke være en lykkeminister. Helsen er underordnet lykken, og av det følger også at folk med rette kan sette helsehensyn til side hvis de mener at det gjør dem mer lykkelige. En liberal folkehelsepolitikk er uforenlig med at man tvinger en annen person til å realisere ens egen visjon av lykken, snarere enn den personen selv har.

Det utvidede helsebegrepet har også preget medisinen, som i dag handler vel så mye om å forvalte normalitet som å behandle sykdom. Vi får en medisinsk skapt konformitetskultur, hvilket kan synes paradoksalt i individualismens tidsalder. Medisinen er blitt den fremste forvalteren av det uttrykket som kanskje har den sterkeste definisjons- og stigmatiseringsevnen i dagens samfunn, nemlig begrepet "normal".

En gang bodde jeg på et hotell hvor hårtørkeren på hotellrommet mitt hadde to innstillinger: "Healthy" og "Normal". Det var i og for seg irrelevant for meg, siden jeg ikke har et hårstrå på hodet. Av en eller annen grunn så jeg likevel på den, og det slo meg som merkelige innstillinger. Man skulle tro at motsetningen til "healthy" var "unhealthy" og tilsvarende at motsetningen til "normal" var "abnormal". Her måtte man imidlertid velge mellom "sunt" eller "normalt". Innstillingene på denne hårføneren var i grunnen et godt uttrykk for hvordan vi i dag tenker om helse og normalitet. Det er ikke normalt å oppfylle kriteriene for helse. Men det blir verre. Om noe kan vi si at skillet mellom "normal" og "sunn" er i ferd med å kollapse ved at også det betegnes som "normalt" får en stadig mer idealisert karakter. Hvis vi med "normalt" mener alt det som ikke er definert som patologisk, som sykdomstilstander i de diagnostiske manualene ICD (*International Classification of Diseases*) og DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), er det et faktum at stadig mindre blir normalt fordi stadig mer nettopp defineres som sykdom eller som risikofaktor for sykdom.

"Normal" er avledet av "norm", som igjen stammer fra det latinske *norma*, som betydde "vinkelmaal", men den etymologien hjelper oss ikke så mye. Skjønt, vi kan kanskje tenke oss at den som ikke er "normal" er kommet skjevt ut, og ikke helt passer inn i verden. Det er avgjørende å skille mellom ulike betydninger av "normal", ikke minst mellom et deskriptivt og et normativt normalitetsbegrep. Det deskriptive begrepet vil simpelthen angi en gjennomsnitts- eller medianverdi for befolkningen som helhet eller en gruppe i befolkningen. Det normative begrepet angir derimot et ideal, en størrelse man bør tilstrebe, for eksempel fordi individer med disse verdiene har en lavere dødelighet eller sykkelighet. Disse to betydningene av "normal" er ikke sammenfallende. Det er fullt mulig å angi en normativ normalverdi som er så idealisert at ikke ett eneste individ faktisk oppfyller den, dvs. at det å være (normativt) normal blir det minst (deskriptivt) normale som tenkes kan. Etter hvert kan vi se at det normale ender opp på det jeg vil kalle den medisinske catwalken, som er like uoppnåelig for et vanlig menneske som modellkroppene på motebransjens catwalk er. Dette innebærer at flere av oss vil fremstå som avvikere og at flere av oss ønsker å underlegge seg et medisinsk behandlingsregime for å tilnærme seg normalen. Det ligger en betydelig disiplinærmakt, en biomakt, i diagnosesystemene. De former livene våre på en bestemt måte.

En liberal folkehelsepolitikk må også yte motstand mot den tunge tendensen i dagens medisin til å innsnevre normalitetsrommet. Både i den somatiske medisinen og i psykiatrien ser vi en tendens til at stadig mer betraktes som sykdom eller en risikofaktor for sykdom, og som da hevdes å burde være gjenstand for intervensjon. Medisinen har kort sagt stadig mindre rom for avvik fra standarder som blir stadig snevrere, enten det gjelder blodtrykk, vekt, bentetthet, utseende eller sinnstilstand. Oppgaven for folkehelsepolitikken er ikke å omsette medisinsk definerte normalitetskriterier til politisk praksis, og en liberal folkehelsepolitikk må yte motstand mot den medisinske innsnevringen av normaliteten.

## Intervensjonsstigen

Noe av det mest innflytelsesrike som er skrevet om folkehelseetikk i senere tid, er Nuffield Council on Bioethics's rapport fra 2007, hvor blant annet den såkalte intervensjonsstigen presenteres.<sup>6</sup> Rådet argumenterer for at "staten har en plikt til å hjelpe alle til å leve et sunt liv og å redusere ulikheter i helse".<sup>7</sup> Problemet er at man simpelthen forutsetter at alle borgere har en så grunnleggende interesse av å ha best mulig helse at dette gir grunn til å tro at usunne valg stort sett vil være uttrykk for ufrihet, forårsaket av kunnskapsløshet, uheldige sosiale forhold etc. Dette gjelder særlig når man finner en høyere forekomst av en helseskadelig aktivitet i en gitt gruppe i befolkningen. Imidlertid betyr dette ikke i seg selv at dette er en type atferd som bør forhindres fordi den er ufrivillig. Sosiale mønstre er ikke ensbetydende med sosial determinisme. Sosiale mønstre i helsefremmende og -reduserende atferd har ingen umiddelbare implikasjoner for hvorvidt atferden bør endres eller er mindreverdig. Et medlem av en gruppe som statistisk har svakere helse vil ikke nødvendigvis ønske seg livet til et medlem av en gruppe med bedre helse. Rådet gjør helse til en overgripende verdi, og dette er som nevnt en svært problematisk antakelse fra et liberalt ståsted. Rådet ser at det er en motsetning mellom frihet og folkehelse, og forsøker å finne en balanse, blant annet ved å trekke inn etiske prinsipper som trekker i en annen retning enn autonomi.

Rådet legger til grunn at man alltid bør velge tiltak som gjør minst mulig inngrep i individers frihet, men sier at sterkere tiltak bør tas i bruk såfremt nytten ved tiltaket er sterkere enn ulempene, både med henblikk på økonomi og frihet. Et av de mest omtalte grepene i rapporten er den såkalte intervensjonsstigen, hvor frihetskostnaden øker etter hvert som man beveger seg oppover stigen.

8	Eliminere valgmulighetene, for eksempel ved tvungen isolasjon.
7	Begrense valgmulighetene, for eksempel ved å forby visse rusmidler og tillate andre.
6	Skape disincentiver, for eksempel høyere avgifter på helseskadelige produkter.
5	Gi incentiver til sunnere valg, for eksempel lavere avgifter på frukt og grønt.
4	Endre valgsituasjonen, slik at presumptivt sunnere valg blir standardløsning, men hvor de usunne valgene fortsatt er tilgjengelige.
3	Tilrettelegge for atferdsendring, for eksempel ved å tilby røykesluttprogrammer.
2	Opplysningsarbeid.
1	Ingen inngrep eller kun å overvåke situasjonen.

Rådet setter ikke-intervensjon som utgangspunkt, og avvik fra dette må begrunnes. Jo høyere man kommer opp på stigen, desto større krav må stilles til begrunnelsen. Enhver folkehelsepolitikk vil inneholde elementer av tvang. Det vil aldri være slik at man kan skaffe til veie individuelt samtykke fra enhver som berøres av en regulering, og det vil heller ikke være mulig alltid å unnta dem som måtte være uenige i reguleringen. Spørsmålet er hva slags tvang som er akseptabelt. Større inngrep krever bedre begrunnelse. Vi kunne tenke oss en lov som krever at alle borgere spiser fem porsjoner frukt og grønt om dagen, men gevinsten – som ikke ville vært ubetydelig – ville overhodet ikke stå i rimelig samsvar med inngrepet. En rekke tiltak i den nederste delen av stigen, som å drive informasjonsarbeid eller tilby røykesluttprogrammer, er stort sett helt ukontroversielle. Man bør selvsagt ikke bruke penger på tiltak som etter alt å dømme ikke har effekt – slik som tiltakene den nåværende regjeringen har iverksatt mot ensomhet – og heller ikke iverksette tiltak med en frihetskostnad hvis ikke man har rimelig godt belegg for at gevinsten står i forhold til kostnaden.

Hvis opplysningsarbeid ikke gir et ønsket resultat i at folk reduserer usunn praksis eller iverksetter sunne tiltak – og når sant skal sies pleier ikke opplysningskampanjer å virke særlig godt – betyr ikke det at man bør gripe til sterkere tiltak. Ofte bør man nøye seg med å konstatere at borgerne er blitt informert og at de har vurdert saken annerledes enn hva en helseekspert ville ha gjort. Vi kan ikke anta at de ikke har forstått den potensielle risikoen eller gevinsten. Generelt har vi mennesker en tendens til å overvurdere snarere enn å undervurdere risiko, og folk flest er risikoaverse.

Imidlertid er absolutt alt vi gjør forbundet med risiko, og vi velger også å gjøre en rekke ting som vi vet er risikable. Handlinger som definitivt er til skade for helsen, og som vi er innforstått med at er til skade for helsen, kan være genuine uttrykk for hva vi helst ønsker å gjøre. De kan være uttrykk for frie informerte valg, og da bør borgerne normalt ikke hindres i å handle slik. Vi lar folk ta risiko. Vi lar for eksempel folk holde på med ridning til tross for at det er noe av det farligste man kan holde på med. Vi skal nå vende oss til tematikken om i hvilken utstrekning det er rimelig å hindre borgere i å utføre handlinger som bare skader dem selv.

## Frihet og paternalisme

Helsebegrepet er uttrykk for en omsorgsideologi som nesten med nødvendighet blir paternalistisk. Et folkehelseiltak er paternalistisk hvis det utgjør et inngrep i borgernes anledning til å leve slik de ønsker og inngrepet er begrunnet i hensynet til de samme borgernes eget ve og vel, samt at det skjer uten borgernes samtykke. Paternalistiske tiltak har karakteren av å være tvang i større eller mindre utstrekning. Tvang kan vi definere bredt som bruk av makt eller autoritet til å overstyre en annens vilje. Den kan være svært fysisk, ved at man rent fysisk hindrer noen i å gjøre noe. Den kan ha karakteren av en trussel om straff hvis man handler på en gitt måte. Den kan handle om å vanskeliggjøre adgangen til noe ved å avgiftsbelegge det. I videre forstand bør også manipulasjon, ved at man underslår eller gir villedende informasjon, også betraktes som tvang, fordi man undergraver folks evne til å foreta frie og informerte valg.

I liberale demokratier blir vanligvis det såkalte "skadeprikket" betraktet som den mest overbevisende begrunnelsen for folkehelseiltak som griper inn i individets frihet. John Stuart Mill skriver: "Det eneste formål som kan rettferdiggjøre at makt blir brukt mot et medlem av et sivilisert samfunn mot hans vilje, er å hindre skade på andre."<sup>8</sup> Av dette følger at noe tvangsbruk er etisk ganske så uproblematisk, for eksempel når personer har en somatisk eller en psykisk lidelse som innebærer

at de utgjør en betydelig fare for andre. Bruk av karantene når personer har alvorlige, smittefarlige sykdommer, er temmelig ukontroversielt. En slik bruk av tvang er ikke paternalistisk, fordi den er motivert i hensynet til skade på andre personer. Mill betrakter heller ikke de ikke-tvangsmessige inngrepene som en paternalistisk krenkelse av individets frihet. Det må for eksempel være adgang til å forsøke å overtale noen.

Mills formulering av sitt kanskje mest kjente prinsipp er ikke forbilledlig klart, fordi den ikke presiserer hva som skal forstås med "skade". Hvis vi tolker "skade" vidt, er det knapt grenser for hva som i en eller annen forstand kan sies å utgjøre en skade for en annen person. Det er vanlig å tolke ham dit hen at det må være en skade som i en eller annen forstand utgjør en krenkelse av andres rettigheter.<sup>9</sup> Utgangspunktet er at en persons eget beste ikke er tilstrekkelig grunn til bruk av makt mot personen. Skade på andre personer er det eneste som kan begrunne bruk av makt mot en borger, og det må være en skade som i en eller annen forstand utgjør en krenkelse av den andres rettigheter. Slik Mill ser det, kan ikke en person krenke sine egne rettigheter, og derfor vil heller ikke betingelsene for inngripen bli oppfylt når man gjør noe som bare skader en selv. Folk må ha frihet til å foreta uhyre dårlige valg. Dette er et radikalt antipaternalistisk standpunkt.

Ifølge Mill må vi alle gjennomføre det han kaller livseksperimenter, hvor man prøver ut ulike praksiser. Noen finner raskt ut hvem de ønsker å være, mens andre søker hele livet. Den eneste legitime begrensningen på disse livseksperimentene defineres av skadeprikket. Det er dette som ifølge Mill er frihet: "Den eneste frihet som fortjener navnet, er å kunne forfølge sitt eget beste på sin egen måte, så lenge vi ikke forsøker frata andre den samme retten, eller hindrer dem i å oppnå den. Det er den enkeltes ansvar å ta vare på sin egen helse, enten det dreier seg om kroppslig, mental eller åndelig helsetilstand."<sup>10</sup> Skadeprikket hviler på en innsikt i at friheten er selve livsnerven i det liberale demokratiet, og derfor ikke kan tilsidesettes av hensyn til andre gode formål.

Så må det tillegges at Mill skiller mellom menneskelige interesser som er av en slik art at de skal være immune mot statlige inngrep, interesser hvor det foreligger en presumpsjon for frihet og interesser hvor det ikke foreligger en slik presumpsjon, men det er ikke opplagt hva som faller i de ulike kategoriene. Blant de interessene som skal være immune, finner vi blant annet ytrings- og tankefrihet. Når bare ens egne interesser er involvert, er presumpsjonen for frihet klar, mens det blir mer komplisert når også andres frihet er involvert. Da må formodentlig skadeprikket avgjøre.

Mill skiller også mellom individets frihet og næringslivets.<sup>11</sup> Det er langt snevrere rammer for den sistnevnte, og Mill er helt åpen for å regulere kjøp og salg av matvarer, legemidler etc. ut fra et generelt samfunnsperspektiv. Kriteriet vil her simpelthen være hvorvidt reguleringen skaper mer nytte enn unytte, men begrunnelsesbyrden ligger hos den som vil forby eller regulere. Et skille mellom ulike sfærer hvor friheten tilkjennes ulikt spillerom er ikke uvanlig i den liberale tradisjonen. Også John Rawls skiller mellom grunnleggende og ikke-grunnleggende friheter, hvor de førstnevnte bare kan begrenses av hensyn til andre grunnleggende friheter, og ikke av allmenn nytte eller velferd. De sistnevnte kan derimot begrenses av et videre sett av hensyn, men det kreves da alltid "gode og tilstrekkelige grunner".<sup>12</sup>

Paternalister vil ofte hevde at de bare hjelper folk til å oppnå sine "egentlige" mål, men de egentlige målene må folk selv få avgjøre hva er. Her er Isaiah Berlins skille mellom negativ og positiv frihet relevant.<sup>13</sup> Den negative friheten er simpelthen de ytterste grensene for selvrealisering, hvor

hovedregelen i den liberale tradisjonen er at enhver borger skal tilkjennes så mye frihet som er forenlig med en tilsvarende frihet for alle andre borgere. Et slikt negativt frihetsbegrep vil sette noen grenser for hva som er legitimt å gjøre til gjenstand for politisk inngripen. Den vil definere et ukrenkelig frihetsrom. I en debatt om folkehelsepolitikk vil imidlertid det andre frihetsbegrepet være mer sentralt. Positiv frihet dreier seg om autonomi, altså selvbestemmelse. Berlin er helt åpen for positiv frihet, men den må forstås pluralistisk, som noe som kan realiseres på en rekke ulike måter. Når Berlin advarer mot det positive frihetsbegrepet, er det fordi det også kan finnes i en pervertert variant hvor man for det første skiller mellom sann og usann, eller sunn og usunn, selvrealisering, dernest mener at dette skillet med rette kan trekkes av noen andre enn den enkelte borger og for det tredje mener at det er legitimt å bruke makt for å få individer til å realisere seg på den måten man selv har definert som den sanne eller sunne. Det er nettopp en slik pervertert forståelse av positiv frihet som paternalisten gjør seg skyldig i. Berlin skriver at "paternalismen behandler mennesket som om det ikke er fritt, men derimot utgjør et menneskemateriale som jeg, den menneskekjærlige reformatoren, kan forme i henhold til mitt eget (og ikke den andres) fritt valgte mål".<sup>14</sup> Problemet er at den derigjennom "krenker min forståelse av meg selv som et menneske som er fast bestemt på å utforme mitt eget liv i samsvar med mine egne (ikke nødvendigvis rasjonelle eller menneskekjærlige) mål".<sup>15</sup>

Det er imidlertid lite plausibelt å avvise enhver form for paternalisme, og derfor er det nyttig å skille mellom noen ulike varianter. *Myk* paternalisme innebærer at man har anledning til å hindre noen midlertidig i å utføre en handling man mener kan være til skade for dem, fordi man vil forsikre seg om at de handler frivillig. *Hard* paternalisme tar ikke stilling til om en handling er frivillig eller ikke, men vurderer bare hvorvidt et inngrep fremmer en persons velferd, lykke, interesser, verdier eller lignende. Hvis aktøren velger et suboptimalt handlingsalternativ er det ifølge den harde paternalisten legitimt å gripe inn for å sikre et best mulig resultat for aktøren. En *svak* paternalist mener at det er legitimt å gripe inn for å sørge for at en aktør velger midler som adekvate for å oppnå de målene aktøren har, men selve målene overlates helt og fullt til aktøren selv å bestemme. En *sterk* paternalist mener derimot at personer kan ha gale mål i tilværelsen eller at de prioriterer mindre viktige mål fremfor de mer viktige, og derfor er det legitimt å hindre dem i å utføre handlinger som virkeliggjør de gale målene. Etter min mening er bare svak og myk paternalisme forenlig med en respekt for borgernes autonomi, mens den harde og sterke ikke er det. En liberal folkehelsepolitikk bør derfor avstå fra tiltak begrunnet i hard og sterk paternalisme. Det betyr at man ikke bør definere hvilke mål borgerne bør ha, og det vil også gjelde målet om best mulig helse, som bare har karakteren av å være ett gyldig mål blant andre. Dernest bør folkehelsepolitikken respektere at borgerne foretar valg som er til skade for dem selv såfremt disse valgene er frivillige i en rimelig forstand.

Et eksempel på forskjellen på disse typene paternalisme kan være at en svak paternalist mener at myndigheter skal informere mulig objektivt om farene ved røyking for at borgerne skal kunne ta beslutninger om hvorvidt de ønsker å utsette seg for en slik helserisiko. Hvis man derimot lager egne tobakksmonopoler for å senke tilgjengeligheten og derigjennom forbruket med henvisning til at dette vil være til det beste for helsen til den enkelte røyker, dreier det seg om hard paternalisme. Det samme er tilfelle hvis helsemyndighetene manipulerer personer ved å overdrive risikoen ved røyking, fordi man da undergraver aktørenes evne til å foreta et fritt og informert valg. Det handler også om hard paternalisme hvis man bruker avgifter for å senke folks forbruk av hensyn til deres egen helse.<sup>16</sup> Derimot er det klart at man kan bruke avgifter til å dekke inn ulike negative eksternaliteter



som følger av røyking, som for eksempel høyere forbruk av helsetjenester. Det kan være legitimt å beskutte nytelsesmidler tyngre enn varer som har en sterkere karakter av å være livsnødvendigheter fordi det gir staten inntekter, men det er illiberal å bruke skatter til å endre folks adferd til deres eget beste, dvs. av paternalistiske grunner. Begrunnelsen for tiltak er avgjørende. Én og samme regulering – som et høyt avgiftsnivå på visse typer produkter – kan gis både paternalistiske og ikke-paternalistiske begrunnelser, og da bør en liberal folkehelsepolitikk bruke de ikke-paternalistiske begrunnelsene. Hvis de ikke-paternalistiske begrunnelsene ikke holder, bør man bruke myk eller svak paternalisme, og hvis det kreves sterkere lut, nemlig sterk eller hard paternalisme, har man etter min mening ingen holdbar begrunnelse.

En teori som forsøker å begrense seg til myk og svak paternalisme, er såkalt "nudging". Denne teorien har jeg diskutert i et eget notat, og jeg skal ikke diskutere den i større utstrekning her.<sup>17</sup> Kort sagt er mine innvendinger at denne teorien, stikk i strid med hva dens opphavsmenn hevder, er illiberal fordi den åpner for å tilsidesette folks faktiske preferanser til fordel for en presumptivt objektiv velferdsnorm og at den videre åpner for å manipulere borgerne med til dels uetterrettelig informasjon.

Et av de mer ambisiøse filosofiske forsvarene for en mer omfattende, hard paternalisme er gitt av Sarah Conly i boken *Against Autonomy*.<sup>18</sup> Som tittelen på Conlys bok tilsier, er hun skeptisk til den egenverdien autonomi ofte tilskrives, særlig i den liberale tradisjonen, uavhengig av den nytte eller unytten den kan utgjøre i livene våre. Hun avviser nudging fordi hun mener at det er et styringsredskap som i for liten utstrekning hindrer mennesker i foreta dårlige valg. Conly legger klart en konsekvensialistisk etikk til grunn, men det er en individualistisk konsekvensialisme, hvor det er hensynet til den enkeltes beste som skal være utslagsgivende, og denne behøver ikke nødvendigvis sammenfalle med fellesnyttens, selv om den i de tilfellene hun diskuterer vanligvis vil gjøre det. Utgangspremisset hennes er at hvis det å tillate folk å foreta autonome valg innebærer at de påfører seg selv alvorlig skade, er det i utgangspunktet vår moralske plikt å hindre dem i det.

Conly stiller opp fire kriterier for at paternalistiske inngrep skal være legitime:<sup>19</sup>

1. Aktiviteten som skal forhindres må være en aktivitet som er i strid med våre langsiktige mål. Det må her presiseres at det skal handle om den enkeltes langsiktige mål. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig at vi som et samfunn synes at en gitt aktivitet er umoralsk eller ekkel. Individuer må ha anledning til å utføre handlinger andre synes er ekle eller umoralske såfremt disse handlingene understøtter individenes langsiktige mål. Det må handle om mål som gjenspeiler individenes faktiske verdier, og ikke de målene andre gjerne skulle ha sett at de hadde. Et problem her er at det ikke er opplagt hva som er individenes faktiske mål. Formodentlig gjenspeiles deres faktisk preferanser i deres faktiske handlinger. I så fall vil en intervensjon alltid være gal. Så det må være tilfeller hvor det er en motsetning mellom folks faktiske handlinger og faktiske preferanser, altså tilfeller hvor folk gjør noe annet enn det de burde gjøre hvis de skal oppfylle sine langsiktige mål, for eksempel fordi viljessvakhet gjør seg gjeldende. Dernest kan man spørre seg om hvorfor det er de langsiktige målene som skal være utslagsgivende. Kortsiktige og langsiktige mål kan være motstridende, og det er ikke innlysende hvorfor de langsiktige skal tillegges så mye vekt at de kortsiktige i realiteten ikke tillates å spille noen rolle. Hva om en person har som sin ambisjon å nyte livet til fulle hvert

øyeblikk, vel vitende at dette vil forkorte livet noe? Er ikke det en like grei preferanse som å ønske seg et noe lenger liv uten disse nytelsene?

2. Tvangstiltakene må faktisk være effektive. De kan være effektive umiddelbart eller på lengre sikt. Bare hvis tiltakene er effektive på lengre sikt, vil de være legitime. Hvis de bare er effektive på kort sikt, bør de ikke iverksettes. Dette er et rimelig krav, og det er et krav som vil utelukke den rene symbolpolitikken vi finner en del av i helsepolitikken, hvor man iverksetter tiltak som faktisk ikke har noen påviselig effekt fordi man ønsker å fremtre som handlekraftig.
3. Nyttien ved tiltaket må være større enn ulempen. Hvis vi for eksempel begynte med offentlig pisking av røykere, ville nok det få ned antall røykere, men et slikt tiltak ville nok skape mer lidelse enn det forhindret, så det ville neppe sluppet gjennom.
4. Tiltaket må være den mest effektive måten for å forhindre den skadelige aktiviteten. Dette er også et rimelig krav. Hvis man skal velge mellom tiltak A og B, vil det under ellers like betingelser være mer rasjonelt å velge A hvis det er mer effektivt enn B.

Kriterium 2, 3 og 4 ganske uproblematisk, og er i grunnen bare ulike formuleringer om at man bør velge de mest hensiktsmessige midlene for å nå et gitt mål, og at midlene bare skal tas i bruk såfremt de fører til målet og at de ikke utgjør et større onde enn det ondet man forsøker å forhindre. Kriterium 1 er mer problematisk fordi det ikke handler om midler, men om mål, eller om en persons mest grunnleggende preferanser, om man vil.

Det kan alltid stilles spørsmål om hvorvidt en aktør virkelig gjør det han eller hun "egentlig" vil. Man kan for eksempel si at dette viser seg når noen gjør noe annet enn det de sier at de ønsker å gjøre. Men, selv om en person med fedme sier at han ønsker å gå ned i vekt, handler personen ikke nødvendigvis i strid med sine preferanser ved å spise potetgull, da det er fullt tenkelig at den reelle preferansen for å spise pommefrites eller gåselever er sterkere enn preferansen for å gå ned i vekt. Problemet med å fastslå hva en persons "egentlige" preferanser er, vil være en utfordring for enhver type paternalisme som gjør krav på å maksimere disse preferansene.

Når vi snakker om en aktørs "egentlige preferanser" kan vi enten mene aktørens faktiske preferanser eller preferansene aktøren burde ha for å maksimere sin helse eller lignende. En svak eller myk paternalisme vil nøye seg med å maksimere de faktiske preferansene, mens en hard eller sterk paternalisme vil forsøke å maksimere de preferansene aktøren burde ville ha. Conly starter i utgangspunktet med å si at det er aktørers faktiske preferanser som skal maksimeres, men hun glir så videre til å hevde at vi kan ha god grunn til å "betvile din kompetanse til å bedømme selv dine egne interesser, og tro at noen andre ... er mer kompetent til å bedømme dine interesser enn hva du selv er".<sup>20</sup> Conly setter i grunnen opp en standardmodell for det gode liv som består i at folk skal leve lenge og sunt uten å søle bort pengene sine, og hun ser ikke at folk kan ha gode grunner til å spise usunt, røyke og bruke pengene sine på fjas fordi det simpelthen gir dem større glede.<sup>21</sup>

Det vi ønsker å sikre er en generell rett til å forme ens eget liv, og enhver regulering er ikke ensbetydende med et nådeløst tyranni. Imidlertid må vi også legge oss på minne hva David Hume påpekte i sitt essay om trykkefrihet: Det er sjelden at noen form for frihet mistes i sin helhet på én gang.<sup>22</sup> Vanligvis er friheten noe som mistes bit for bit. Derfor bør man også være på vakt mot tap av friheter som i seg selv ikke virker særlig viktige.

## En rasjonelt akseptert politikk

Enhver realistisk teori om hvilket frihetsrom borgere skal tilkjennes i et samfunn, vil også sette grenser for hvilken risiko en person tillates å utsette seg selv for, også når valget som ligger til grunn synes å være fritt og informert. Jeg er det som kalles "svak konsekvensialist", dvs. at jeg mener at man i utgangspunktet er absolutt forpliktet til å respektere menneskers rettigheter, og da ikke minst retten til selvbestemmelse, men hvor disse rettighetene *kan* settes til side hvis konsekvensene av å respektere dem er tilstrekkelig alvorlige. Denne anledningen til å sette til side rettigheter bør imidlertid begrenses til tilfeller der konsekvensene av å følge dem er *svært* alvorlige eller fortrinnsvis direkte katastrofale. Det er ikke tilstrekkelig at en person øker sin risiko for død, sykdom eller skade noe – det må være overveiende sannsynlig at atferden vil føre til død, alvorlig sykdom eller alvorlig skade. Siden vi tillater folk å drive med slikt som ridning, dykking, alpint, fjellklatring eller for så vidt toppidrett generelt, må vi legge listen over den risikoen slike aktiviteter innebærer, og da er det i grunnen ikke særlig mye som blir rammet av en slik unntaksbestemmelse.

Det vi tillater i dag, legger et nivå for hva vi betrakter som akseptabel risiko. Da bør vi også tillate andre aktiviteter med en tilsvarende eller lavere risiko. I den forbindelse vil jeg berømme helseministerens nylige utspill i narkotikapolitikken som et stort skritt i riktig retning. Dog hadde jeg ønsket at han hadde gått enda lenger og jeg håper at han gjør det på sikt. Et grunnleggende krav til rasjonalitet, som ble formulert allerede av Aristoteles, er at like tilfeller bør behandles likt og ulike tilfeller relevant ulikt.<sup>23</sup> Hvis vi skal behandle to rusmidler ulikt, må det finnes en relevant forskjell mellom dem, først og fremst i form av skadevirkninger generelt og helserisikofaktor mer spesifikt. De bør da behandles ulikt proporsjonalt med forskjellen i skadevirkning. Tobakk og alkohol har en regulert omsetning, men er lovlig. Cannabis, MDMA, amfetamin og heroin er forbudt. Vi ønsker en rasjonell grunn for denne grensedragningen. Det må finnes en egenskap ved selve rusmiddelet, ved bruken av det, eller lignende, som tilsier at en forskjellsbehandling er på sin plass. I rusmiddelforskningen må det langt på vei sies å være konsensus om at stoffer som cannabis og MDMA har en vesentlig lavere risikofaktor enn alkohol både for brukerens egen helse og for andre personer. Følgelig er det lite samsvar mellom hva som er mest skadelig og hva som i dag er lovlig eller ulovlig. Hvis skade – både for brukeren selv og omgivelsene – er det avgjørende kriteriet, er det ikke rasjonelt akseptabelt å forby X, men ikke Y, når X har et mindre skadepotensial enn Y. Rusmidler som har en lavere helserisikofaktor enn alkohol bør legaliseres og gjøres til gjenstand for regulert salg.

Jeg vil hevde at det er direkte uetisk i et folkehelseperspektiv ikke å legalisere rusmidler med en lavere helserisikofaktor enn alkohol.<sup>24</sup> Der det finnes gunstige substitusjonseffekter, bør disse fremmes i folkehelsepolitikken, og det er noe man burde kunne enes om enten man har et liberalt eller illiberalt syn på folkehelsepolitikk. Det er utvilsomt gunstig hvis flere bruker snus enn sigaretter siden snus har en så mye lavere helserisikofaktor. Og selv om vi skulle anta at det blir en økning i snusbrukere som overstiger reduksjonen i antall røykere, vil helsegevinsten være betydelig fordi det simpelthen går så mange snusbrukere på én røyker når vi summerer risiko. Det bør også være anledning til å informere om at én type tobakksprodukter er mindre skadelige enn andre. Vi må være klare på at det er *skader* forårsaket av bruk, snarere enn bruk som sådan, som ønskes redusert. Det bør være skadereduksjon, ikke bruksreduksjon, som bør være siktemål for politikken. At også snusbruk eller cannabisbruk medfører en risiko, er av underordnet betydning. Folkehelsepolitikken er i stor utstrekning konsekvensetisk begrunnet, og da er det de samlede konsekvensene som er av betydning.

Når det heter at man skal gjøre det enklere å foreta gode valg mener man i folkehelsepolitikken at man skal gjøre det enklere for borgerne å foreta valg som har en lavere helserisikofaktor. Da bør man i så fall gjøre det enklere for borgerne å velge snus fremfor sigaretter og cannabis fremfor alkohol.

## Fedme

Et tema som har interessert meg fordi jeg har vært opptatt av normalitetsbegrepet, er overvekt og fedme.<sup>25</sup> Informasjonen vi får om dette er nokså systematisk villedende. At det i mange land har vært en betydelig vektøkning siden 1970-tallet – i Norge siden 1980-tallet – er åpenbart tilfelle. Et gjennomgående trekk er at et mindretall trekker kraftig opp mens majoriteten av befolkningen har hatt en ganske moderat vektøkning. Vi gis inntrykk av at det fortsatt øker, men det er i realiteten høyst uvisst. Om noe trekker data i motsatt retning. Hvis vi for eksempel ser på utviklingen mellom Levekårsundersøkelsene i 2008 og 2012, finner vi ikke en økning. Barnevektstudiene 2008-2015 viser heller ingen økning i andelen barn med overvekt og fedme. Vi kan også se på gjennomsnittlig fødselsvekt, som etter å ha økt mellom 1990 og 2000 nå er tilbake like over nivået i 1990. BMI-økningen ser ut til å ha flatet ut. Hvis vi simpelthen har stabilisert oss på et farlig høyt nivå, er det kanskje ikke så avgjørende. Da kan det være god grunn til å rope varsko hvis problemet er fryktelig stort, og følgelig bør reduseres drastisk. Så hvor stort er problemet?

Resultatene spriker for så vidt mellom ulike studier som undersøker korrelasjonen mellom BMI og dødelighet, men de fleste store metastudiene plasserer lavest dødelighet klart innenfor overvektskategorien. Sett under ett gir fedme i praktisk talt alle studier høyere dødelighet enn normalvekt og overvekt, men hvis man differensierer mellom fedme klasse I, II og III, viser dette seg å gjelde entydig bare for klasse II og III, mens resultatene spriker mer for fedme klasse I. Studiene gir oss ikke grunn til å anta at *overvektige* er utsatt for signifikant høyere risiko enn normalvektige. Tvert imot kan vi hevde at den delen av befolkningen som har fått en vektøkning og beveget seg fra kategorien normalvektig til overvektig statistisk har økt sin levealder noe. Det er særlig fedme klasse II og III som innebærer stor helserisiko, og det dreier seg totalt om to prosent av befolkningen. For all del, to prosent er en hel del i et folkehelseperspektiv, men det er tross alt et nokså beskjedent mindretall. Hvis vi også inkluderer fedme klasse I, er vi oppe i rundt 10 prosent av befolkningen.

Dramatiske påstander om at over halvparten av befolkningen nå lider av overvekt eller fedme er villedende. Å slå sammen overvekt og fedme på en slik måte når gruppene har så ulik helserisiko, gir et feilaktig bilde av hva slags folkehelseproblemer disse representerer. Det er som å slå sammen en gruppe med kronisk migræne og gruppe med litt hodepine nå og da, som om de var ensartede, og deretter si at vi står overfor et enormt folkehelseproblem siden hundre prosent av den norske befolkningen lider av migræne eller har lett hodepine fra tid til annen.

Selvsagt bør borgerne informeres om risikoen ved forbruk av ulike næringsmidler, og så får de selv vurdere hvorvidt risikoen tilsier at de bør endre atferd. Den enkelte borger må selv få vurdere om han eller hun foretrekker et liv med visse nytelser som statistisk kan redusere levealderen med noen år.

## En rimelig pluralisme

Der helsemyndigheter tidligere gjerne forsøkte å berolige befolkningen, varter de i dag ofte opp med de største skremslene – som i kampanjer mot tobakk – vel vitende at de overdriver risikoen. Helsen blir også moralisert: Den som utsetter seg selv for en helserisiko blir å betrakte som en synder. Vi ser en flytting av ansvar fra individ til stat samtidig som den samme staten sender et ansvar tilbake til den enkelte. Staten tar ansvaret for å definere hvordan du bør leve, og gir deg deretter ansvaret for å oppfylle normen.<sup>26</sup> Vi får en invertering av den liberale begrunnelsesbyrden hvor det nå blir den presumptivt usunne borgeren som avkreves et regnskap snarere enn den statsmakten som griper inn i borgerens handlingsrom. Borgerne har en rett til et adekvat helsetilbud, men de har ingen plikt til å benytte seg av det.

Tidligere besto medisinsk behandling i hovedsak av at leger stilte diagnoser og behandlet pasienter som oppsøkte dem fordi de opplevde plager. Selvsagt er det fortsatt en helt sentral del av medisinen, men den mest bemerkelsesverdige utviklingen i nyere medisin er fremveksten av en jakt på diagnoser og iverksettelse av behandling på pasienter som ikke opplever helseplager. I stedet for å oppfatte sykdommer som noe som oppstår og vanligvis tar slutt, blir de i stedet stående som permanente trusler. Den gamle folkehelsepolitikken gikk på å identifisere og eliminere smittetilbud, skaffe til veie gode, hygieniske forhold etc. Den moderne folkehelsepolitikken har et annet ambisjonsnivå, og er tilsvarende mer problematisk. Forebyggende medisin kunne eventuelt også omtales som foregripende medisin, hvor man iverksetter tiltak for å forhindre lidelser som etter alt å dømme aldri ville materialisert seg i de fleste borgeres liv. Det er probabilistiske spekulasjoner om risikofaktorer.

Epidemiologien kan fortelle oss mye om helserisiko på et populasjonsnivå, men den enkeltes helse er den enkeltes helse, og det må være opp til den enkelte å avgjøre hvordan han eller hun vil bruke denne risikoinformasjonen. Sannsynligheten for at en mann i førtiårene med høyt blodtrykk eller høyt kolesterolnivå – eller begge deler – rammes av et hjerteinfarkt er liten. Medisinering som senker blodtrykket eller kolesterolnivået kan gjøre sannsynligheten svært liten. For den enkelte pasienten er ikke nødvendigvis forskjellen på "liten" og "svært liten" særlig viktig, selv om forskjellen kan være betydelig i et epidemiologisk perspektiv. Slik sett kan det være fullstendig rasjonelt for den enkelte å spise fett, salt og sukker, og la være å ta statiner, hvis man mener at det alt i alt gir en bedre livskvalitet og er innforstått med at det kan øke risikoen noe.

Helse er et gode som ikke kan mettes. Selv med et snevert helsebegrep, i form av fravær av sykdom, er befolkningens behov for helsetjenester større enn hva vi klarer å fylle. Med et videre helsebegrep blir dette behovet grenseløst. Det finnes ingen øvre grense for hvor omfattende tiltak man kan ty til i et forsøk på å redusere risiko. Da må man også veie disse tiltakene opp mot deres kostnader, ikke bare av økonomisk art, men også i form av en reduksjon av livskvalitet. Dessuten bør vi selvsagt være klar over at mange forsøk på å redusere risiko, også på medisinske område, faktisk øker den. En stadig større del av den medisinske behandlingen retter seg i dag mot iatrogene lidelser, dvs. lidelser som er forårsaket av medisinsk behandling. Problemet er særlig overdiagnostisering og overbehandling, som er i ferd med å bli en av de viktigste årsakene til helseskader. Mer behandling er ikke nødvendigvis bedre enn mindre, og i mange tilfeller vil ingen behandling overhodet være det beste.

Folkehelsepolitikken må selvsagt være kunnskapsbasert, og da er det avgjørende med et politisk uavhengig folkehelseinstitutt som er strengt vitenskapelig. Samtidig er det klart at politikken ikke uten videre følger av vitenskapelige vurderinger, fordi politikk også handler om verdier. Disse verdiene må selvsagt være gjenstand for debatt, slik vi har i dag. Folkehelseopplysning må baseres på beste tilgjengelige kunnskap, og den må være redelig. Det er forskjell på informasjon og propaganda. Det er likegyldig om propagandaen har et presumptivt godt formål – den er likevel propaganda. Og det hjelper heller ikke å si at man bekjemper propagandaen fra kommersielle krefter med mot-propaganda, for borgerne har sterkere krav på sannferdig informasjon fra myndighetene enn fra kommersielle aktører, siden kommersielle aktører ikke nødvendigvis er forpliktet til å fremme borgernes evne til frie og informerte valg mens myndighetene er det. For noen år siden gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet en stor kampanje mot røyking med sterke virkemidler, så sterke at den overdrev helseskadene ved røyking betydelig (for eksempel viste et bilde at det tørt fett ut av livpulsåren til en avdød røyker, noe som simpelthen er ren diktning). Dette er uetisk og illiberal fordi det ved å presentere usannheter undergraver borgernes rett til å foreta frie og informerte valg. En vanlig kritikk mot liberalismen er at den er blind for at borgere er utsatt for andre typer makt enn statsmakten, for eksempel makten til kommersielle krefter, og at statsmakten derfor behøves for å nøytralisere andre maktforhold. Problemet i dag er vel så mye en til dels krisemaksimerende informasjonsstil som i symbiose med kommersielle aktører skaper det store helseparadokset: Aldri har vi vært friskere og aldri har vi vært mer bekymret for og mindre tilfreds med helsen.

Karl Evang var som nevnt en viktig bidragsyter til utviklingen av helsebegrepet til Verdens helseorganisasjon.<sup>27</sup> Evang argumenterte for at vi må ha en bred sosialmedisinsk forståelse av helse, hvor målet er å fange inn menneskelivet som helhet. Evang mente at staten hadde et ansvar for individet fra fødsel til død. Samtidig hadde i grunnen individet knapt noen plass i hans forestillingsverden, og han hevdet at "individet er en abstraksjon"<sup>28</sup>. Det var i siste instans en sentralstyrt, teknokratisk medisin som skulle ligge til grunn for velferdsstatens utvikling. Som Evang uttrykte det: "Legevitenskapen kan revolusjonere verden – en sunn slekt over alt – hvis fornuften får rå."<sup>29</sup> Man kan si at Evangs ambisjon var et *iatrokrati*, en stat styrt av legevitenskapen. Det er ikke forenlig med en liberal forståelse av folkehelsepolitikken.

Et godt stykke på vei, har Evang fått det som han ville. Medisinen er blitt folkereligion, og helseekspertisen er innsatt i Guds sted.<sup>30</sup> Hele menneskelivet reduseres til én dimensjon, nemlig helse, og målet for menneskelivet som helhet blir å fremme helsen mest mulig. Vi må da stadig være på vakt mot alt som kan true den, i en fånyttets tro på at all helserisiko på den måten kan fjernes. Det er ingen grenser for hvilket omfang bekjempelsen av alle helsefarene kan få. En prevensjonspolitik har ingen klart definerte grenser nettopp fordi målet er så bevegelig. Vårt ønske om å unngå fremtidige trusler, fører til inngrep i dag. Hele livet reduseres til en kronisk kamp mot lidelser som mest sannsynlig aldri vil ramme de fleste av oss. Idealet blir det Mark Twain beskriver undrende i sin selvbiografi: "Det finnes mennesker som strengt nekter seg alt spiselig, drikkelig eller røykbart som på noen som helst måte har fått et tvilsomt omdømme. De betaler denne prisen for helsen. Og helse er alt de får ut av det. Så merkelig. Det er som å betale hele ens formue for en ku som er gått tørr."<sup>31</sup> Vi loves et bedre liv hvis vi bare er villige til å underlegge oss et stadig mer gjennomgripende helseregime. Imidlertid er helsen bare én dimensjon ved livet. Den er bare et middel til å leve et godt liv snarere enn selve målet for livet, og derfor bør heller ikke livet primært vies til en best mulig helse. Grunnen til at vi søker helse, er at den muliggjør søken etter andre mål. Helsen har kun verdi som et middel du ikke

merker stort til når det fungerer. Ideelt sett er helsen et fenomen man ikke skal behøve å ofre en tanke, men ingen av oss er fritatt fra helseplager eller –risiko.

Fra et liberalt ståsted finnes det ingen objektiv standard som kan avgjøre at én form for selvrealisering er å foretrekke fremfor en annen. Man kan alltid si at en form for selvrealisering er bedre for helsen enn en annen, men helse kan ikke gjøre krav på å være en privilegert verdi. En liberal folkehelsepolitikk må gi slipp på perfeksjonismen. Den må være verdipluralistisk, og det innebærer at den må akseptere at helse kun er én av mange verdier. Samtidig er det klart at ikke noen stat vil kunne være helt verdinøytral – enhver stat vil måtte fremme noen verdier fremfor andre. Spørsmålet er om den gjør det på en måte som også er forenlig med en genuin verdipluralisme. For all del: En majoritet av befolkningen vil formodentlig betrakte helse som en av sine viktigste verdier, kanskje den aller viktigste, men en majoritetsoppfatning er likevel bare én konsepsjon av det gode blant andre. Som John Rawls påpeker, er det ikke grunn til å tro at rasjonelle og oppriktige mennesker alltid vil komme til samme konklusjon etter helt fri diskusjon.<sup>32</sup> Verdipluralismen er ikke bare et faktum. Den er også *rimelig*. Vi kan ikke simpelthen fastslå at den som ikke setter helsen høyest er ufornuftig eller urimelig. Dessuten: At noen fremhever helse som en av sine høyeste verdier, viktigere enn for eksempel nytelse, betyr ikke at personen vil mene at helse alltid bør trumfe nytelse. Det er helt rasjonelt å velge en betydelig nytelse fremfor en moderat helsegevinst selv om man alt i alt setter helse høyere enn nytelse.

Man kan ikke utlede én, og bare én folkehelsepolitikk fra begrepet om det liberale. Snarere kan det være betydelig variasjon i hva man med rette kan kalle en liberal folkehelsepolitikk. Imidlertid kan det fremheves noen generelle trekk ved en slik politikk, og en liberal folkehelsepolitikk må i det minste:

1. respektere et visst minstemål av negativ frihet
2. ha en pluralistisk forståelse av positiv frihet
3. ha en generell presumpsjon for frihet
4. følge proporsjonalitet i tiltak
5. respektere personvernet
6. være sannferdig

En folkehelsepolitikk som ikke anerkjenner at helse bare er én verdi blant andre, vil i kraft av dette alene ikke være en liberal folkehelsepolitikk. Selvsagt er helse en viktig verdi, men hvis målet er evig liv, vil man mislykkes i å realisere det. Moralen er godt oppsummert i verdens eldste epos, *Gilgamesj*, som ble skrevet for rundt 4000 år siden:

*Gilgamesj, hvor løper du hen?*

*Det livet du søker, det finner du aldri.*

*For da gudene skapte det første menneske,*

*Da gav de ham døden og beholdt livet selv.*

*Gilgamesj,*

*Fyll deg med gode ting.*

*La dagene gå i lek og dans.  
Ta varme bad; bruk vakre klær.  
Fryd deg ved barnets fortrolige hånd,  
Og la din dronning gledes ved ditt bryst.  
Dette er menneskets lodd.<sup>33</sup>*

**FORFATTER:** Notatet er skrevet av Lars Fr. H. Svendsen, filosof og prosjektleder i Civita.

*Civita er en partipolitisk uavhengig tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt forståelse og oppslutning om liberale verdier og løsninger. Den enkelte publikasjons forfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.*

Ta kontakt med forfatteren på [lars@civita.no](mailto:lars@civita.no) eller [civita@civita.no](mailto:civita@civita.no).

## Sluttnoter

- 1 I Japan hadde man i årene 1962-1994 et program med obligatorisk influensavaksine for barn, og begrunnelsen var faktisk ikke å beskytte barna, men snarere de eldre, som var mer sårbare for influensa og som det var vanskelig å få vaksinert. Et slikt tiltak er ikke paternalistisk fordi det ikke er motivert av hensyn til dem som faktisk ble vaksinert, men det var likevel et tiltak som ikke er etisk uproblematisk fordi man her forholdt seg instrumentelt til barna for å beskytte en annen gruppe. For at obligatorisk vaksinerings skal være paternalistisk må det være motivert i beskytte de vaksinerte.
- 2 John Rawls: Political Liberalism, utvidet utg., Columbia University Press, New York 2005, s. 37.
- 3 John Stuart Mill: Om friheten, overs. Pål Foss, Vidarforlaget, Oslo 2010, s. 89.
- 4 For en leseverdige oversikt over den filosofiske debatten på dette området, se Dominic Murphy: "Concepts of Disease and Health". <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>
- 5 Jf. Immanuel Kant: Om ordtakene: "Det kan være riktig i teorien, men duger ikke i praksis", overs. Øystein Skar, i Lars Fr. H. Svendsen (red.): Liberalisme, Universitetsforlaget, Oslo 2009, s. 60.
- 6 <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>
- 7 Ibid. S. XVI.
- 8 Mill: Om friheten, s. 18. Jf. s. 111f.
- 9 Jf. Mill: Om friheten, s. 89.
- 10 Mill: Om friheten, s. 21.
- 11 Jf. Mill: Om friheten, s. 112f.
- 12 Rawls: Political Liberalism, s. 291.
- 13 Isaiah Berlin: To begreper om frihet, overs. Lars Holm-Hansen, i Lars Fr. H. Svendsen (red.): Liberalisme, Universitetsforlaget, Oslo 2009.
- 14 Berlin: To begreper om frihet, , s. 309.
- 15 Berlin: To begreper om frihet, s. 326.



- 16 John Stuart Mill skriver: "En rusdriksskatt hvis eneste formål er å gjøre det vanskelig å få tak i alkohol, er et inngrep som bare i grader skiller seg fra et forbud, og er bare berettiget i samme grad som et forbud ville være det. Enhver prisforhøyelse er et forbud for dem hvis inntekter ikke kan bære denne meravgiften, og for dem som har råd, er den en ekstraskatt som pålegges dem fordi de tilfredsstiller en viss smak. Deres valg av fornøyelser og bruken av inntektene deres når de har oppfylt sine forpliktelser overfor dem, angår bare dem selv og må overlates til deres egen dømmekraft." Mill: Om friheten, s. 118.
- 17 Lars Fr. H. Svendsen: "Libertariansk paternalisme". <https://www.civita.no/assets/2009/09/1093-civita-notat-13-2009.pdf>
- 18 Sarah Conly: *Against Autonomy: Justifying Coercive Paternalism*, Cambridge University Press, Cambridge 2012.
- 19 Conly: *Against Autonomy*, s. 150f.
- 20 Conly: *Against Autonomy*, s. 37.
- 21 Jf. Conly: *Against Autonomy*, s. 169-172.
- 22 David Hume: "Of the Liberty of the Press", *Essays: Moral, Political, Literary*, Liberty Classics, Indianapolis 1985.
- 23 Aristoteles: *Politikken*, overs. Tormod Eide, Vidarforlaget, Oslo 2007, 1280a8-15, 1282b18-23. Aristoteles: *Den nikomakiske etikk*, overs. Øyvind Rabbås og Anfinn Stigen, Bokklubben Dagens Bøker, Oslo 1999, 1131a10-b15.
- 24 Jeg har foretatt en etisk analyse av narkotikapolitikken i Lars Fr. H. Svendsen: "Narkotikapolitikk: En rettighets- og konsekvensetisk analyse". <https://www.civita.no/2015/03/05/narkotikapolitikk-en-rettighets-og-konsekvensetisk-analyse>
- 25 Jf. Lars Fr. H. Svendsen: "Fedme – et betydelig folkehelseproblem?" [https://www.civita.no/?download=18749&file=Civita-notat\\_11\\_2013.pdf](https://www.civita.no/?download=18749&file=Civita-notat_11_2013.pdf)
- 26 Ansvarliggjøringen er i utgangspunktet grei, men når sant skal sies, er det området av helsen som den enkelte kan kontrollere, relativt beskjeden. Rollen flaks og uflaks spiller, er betydelig større. (Jf. Jf. Ståle Fredriksen: *Bad luck and the tragedy of modern medicine*, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2005.) I en viss utstrekning synes det å være rimelig å holde folk ansvarlig for skader og sykdommer de pådrar seg ved å handle på en bestemt måte når de har eller bør ha kunnskap om risikoen forbundet med denne atferden. Hvorvidt en person blir syk eller ikke, vil imidlertid i større grad avhenge av personens, gener, immunforsvar, livsomstendigheter, uforutsigbare følger av handlinger etc. Hvorvidt en person blir syk avhenger av alle disse faktorene og flere, og disse kan bare i høyst begrenset utstrekning gjøres til gjensid for individets egen kontroll. Det er ikke urimelig å tillegge folk et visst ansvar for sykdommer, skader og lidelser de pådrar seg, men fordi disse lidelsene og skadene i stor utstrekning forårsakes av faktorer som ligger utenfor den enkelte aktørens kontroll, bør det betraktes som et begrenset ansvar.
- 27 Jf. Siv Frøydis Berg: *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, Solum, Oslo 2002.
- 28 Karl Evang: *Helse og samfunn*, Gyldendal, Oslo 1974.
- 29 Karl Evang: "Legevitenenskapen kan revolusjonere verden – en sunn slekt over alt – hvis fornuften får råd", i *Orientering* 01.05.1958, s. 6.
- 30 Som det heter i Johannes åpenbaring: "Han skal tørke bort hver tåre fra deres øyne, og døden skal ikke være mer, heller ikke sorg eller skrik eller smerte." (21:3-4)
- 31 Mark Twain: *Autobiography of Mark Twain: The Complete and Authoritative Edition*, Vol. 1, University of California Press, Berkeley/Los Angeles 2010, s. 211.
- 32 John Rawls: *Political Liberalism*, s. 58.
- 33 Gilgamesj, overs. Per Seyersted, Cappelen, Oslo 1967.