

FORMEGETHETENS MENTALITET – EN UTFORDRING FOR SAMFUNNSMEDISINEN?

I: Mæland JG, Fugelli P, Høyer G. Westin S, red. Sosialmedisin – i teori og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004:415-30.

Kapitel til Lærebok i sosialmedisin Av Per Fugelli

Utopias have their value – nothing so wonderfully expands the imaginative horizons of human potentialities – but as guides to conduct they can prove literally fatal.
(Berlin, 1990)

En av sosialmedisinens stolteste tradisjoner er å tenke, ikke for å svare, ikke for å handle, men i håp om å oppnå en innsikt, kanskje skape en kime til forandring. Dette kapitlet står i denne tradisjonen.

Analytiske perspektiver

Den samfunnsmedisinske relativitetsteori, $h = b \times (k+p)^{ts}$, påstår at helse er lik biologi ganger kultur og politikk opphøyd i tid og sted.

Fra fattigdom til rikdom

Mange steder på kloden må denne likningen fortolkes i fattigdommens mørke. I store deler av vår egen historie har også fattigdom og sykdom vært samme dom (Moseng, 2002). Men Fattig-Norge har forandret seg til et av verdens rikeste land. Når vi skal forstå helse og sykdom opphøyd i Norge nå, må vi derfor skifte analytisk perspektiv. Faktor k pluss p er ikke lenger farget av nød, men av velstand. Derfor bør vi interessere oss for spørsmålet: Gitt rikdom, - hva blir følgene for folkehelsen, hva blir utfordringene for samfunnsmedisinen?

Ånden beveger materien

Rikdom kan, som fattigdom, forstyrre cellene og skade organene våre. I dette kapitlet skal vi ikke granske hvilke følger rikdom kan få for kroppen, men konsentrere oss om hvordan velstanden påvirker sjelene, tankene, følelsene, forestillingene og forventningene våre. Helse og sykdom er langt på vei mentale, kulturelle konstruksjoner (Elvbakken og Solvang, 2002). ”Det er ikkje tilfeldig hvilke teorier et menneske får innskrive i medvitet”, sier Hans Skjervheim. Fattigdommen skriver én fortelling om helse og sykdom, rikdommen skriver en

annen fortelling om helse og sykdom inn i menneskets bevissthet. Det er denne rikdommens helsefortelling jeg vil prøve å gjøre dere nysgjerrige på i dette kapitlet.

Formegethetens mentalitet

Disse to analytiske perspektivene, rikdom og ånd, overlapper hverandre i en sone jeg vil kalle formegethetens mentalitet. I Romerriket hadde man et eget ord for rikdommens umettelighet: Nimiety. Enkeltmennesker eller samfunn som lever i overflod vil ha mer, uten grenser. De vil ha mer penger, mer ting, mer opplevelser, mer sikkerhet, mer helse – og ingen fare, ingen sykdom, ingen død. Mennesker og samfunn med denne innstillingen hevdet de gamle romere, blir ulykkelige, syke og farlige. Min hypotese er at Norge nå er på vei inn i formegethetens transe. Formegethetens mentalitet krystalliserer seg ut i den postmoderne metafor: 0-visjonen (Fugelli,2003).

Første gangen jeg hørte om 0-visjonen var som opponert på en doktordisputas ved Karolinska Institutet i Stockholm høsten 2000. Avhandlingen handlet om forebygging av barneulykker i svenske daghjem. Forekomsten av barneulykker gjennom 1990-tallet ble bestemt til 26 ulykker pr 100 000 barneår. Det er ikke mange. Likevel har den svenske Riksdagen vedtatt at den såkalte 0-visjonen skal gjelde for svenske daghjem. Det er laget en langtidsplan med tilhørende milliardbevilgninger som skal sikre målet 0 ulykker i svenske daghjem i år 2030. Gjennom en enorm investering i ny teknologi, sosialpsykologiske og pedagogiske programmer rettet mot personalet, barna og pårørende skal svenske barn i 2030 leve et liv fri for fare, fri for risiko, fri for skade – eller med mine ord: Fri for utfordring, fri for utvikling, fri for å trene egen mestringsevne.

0-visjonen vil gjøre livet rent, fjerne flekker, feil og farer. Den springer ut av en forestilling om at hvis vi bare investerer nok oljemilliarder og nok hjerneceller kan vi bestyre naturen, designe livet, programmere samfunnet - så hvorfor skal vi godta risiko, ulykker, smerte, lidelse, aldring, død?

Jeg har nå klargjort mine analytiske perspektiver, rikdom og ånd forent i nimiety, formegethetens mentalitet, nullvisjonen. La oss så med nullvisjonen som forklarelsens lys gå på oppdagelsesreise i det norske helsehus. To spørsmål skal vi lete etter svar på:

- Hvordan påvirker 0-visjonen folkehelsen?
- Hvordan bør samfunnsmedisinen forholde seg til formegethetens patologi?

0-visjonens skadevirkninger på folkehelsen

0-visjonen herjer med menneskets og samfunnets helse på følgende måter, se tabell 1.

Tabell 1. Måter formegethetens mentalitet skader folkehelsen på.

Å skape frykt
Å gjøre oss trette
Å gjøre oss triste
Å skape sykdomsinflasjon
Å skape helsemani
Å gjære oss kravstore
Å gjøre oss svake
Å fremme ensretting
Å gjøre oss strenge
Å skape urett

0-visjonen skaper frykt. Den innebærer en ekstrem opptatthet av risiko (Beck,1992, Furedi,1998). Det er interessant hvor ofte de skumle risikoene er koblet til nytelse. Livets lyse sider blir omskapt til varseltrekanter av modernitetens mørke fyrster: Forskere, helsefagfolk og journalister. Drømmepåsken med sol på høyfjellet blir til KREFTPÅSKEN, og det er funnet kreftfremkallende stoffer i solkremer for barn! Du kan få testikkelkreft av jordbær. Den glade jogger bør skjerpe seg: De gassfylte joggeskoene dine kan eksplodere uten forvarsel. ”Ha det gøy,” sa unge mennesker til hverandre når de skulle ut på byen før. Nå lyder den faste hilsen: ”Vær forsiktig!” Ingen blir friske av å vandre i fryktens landskap. Heller ikke samfunnshelsen har godt av frykt. Redsel og mistenksomhet skaper overdrevne behov for beskyttelse. Beskyttelse kan fort bli til befestning. Folk isolerer seg fra innbilte farer og hallusinatoriske fiender. Samfunnet lukkes i isolater.

0-visjonen vil for mye. Derfor sliter den oss ut (Lilleaas og Widerberg,2001, Roness og Matthiesen,2002). For å være blant vinnerne må du fornye, perfektionere, effektivisere deg - hele tiden. 0-visjonen forbyr oss å hvile med nok. Alle kvaliteter ved personen og tilværelsen skal raffinere ad maksimum: Kroppen, jobben, huset, reisene, maten, vinen, sexlivet. Livet kan fort bli en krampe.

0-visjonen gjør oss triste. Den blinder oss for livets lyster, laster og gleder og forstørrer farene vi må verne oss mot. Og vi blir triste fordi vi aldri når den lykke som vi har plassert for langt borte. Vår faste livsfølelse blir: Aldri godt nok. ”Slaver, la oss ikke forbanne livet” sier Arthur Rimbaud i Årstid i helvete

(Rimbaud,2002). Men det er det 0-visjonen gjør. Den gjør oss til slaver av perfektjon og prestasjon. Vi lever på et sølvfat i verden. Likevel klager vi. I stedet for å nyte alt som er meget bra, syter vi over det som ikke er særdeles bra. Vi har blitt et bortskjemt folk som har glemt å glede oss over det vi har. Vi klager oss til sure liv, kunstig nød og tidlig død.

0-visjonen vil ikke bare ha null risiko, den begjærer null plage, null feil, null avvik i menneskets kropp og sjel. Derfor skaper den sykdomsinflasjon. Før 0-visjonen ble et flagrende øre, en oppstoppnese, en diger rumpe, en klok rynke, en blyghet, en fallende penis opplevd som naturlige og selvfølgelige deler av det menneskelige prosjekt. I 0-visjonens verdisetting blir disse fenomenene diagnostisert som avvik. De må rettes opp med hormoner, legemidler eller kosmetisk kirurgi.

0-visjonens krav om null risiko og null sykdom gjør helse til livets eneste gull. Helse blir alle tings mål (Skrabanek,1994). Forskningen har vist at binyrene skiller ut gunstige stoffer når du synger i kor. Derfor bør du synge i kor. Forskningen har vist at hjertet har godt av dikt. Derfor bør du skrive eller lese kjærlighetsdikt. Siste forskningsnytt er at det er sunt å gå i demonstrasjonstog. En engelsk studie har vist at demonstranter oppnår flere helsegevinster. De får mosjon, de får ut sinne og aggresjon, de opplever mening og kjenner fellesskap.

0-visjonen blir skrevet inn i våre hjerner og hjerter først som forventninger, så som krav og rettigheter. Vi har rett på risikofrihet. Vi vil ha garanti mot det forferdelige. Nytt hjerte blir et fagforeningskrav. I Sverige ble en 52 år gammel mann utredet med henblikk på hjertetransplantasjon. Han led av langtkommen uhelbredelig betennelse i hjertemuskelen, men også av alvorlig sykdom i andre organer. Utredningen konkluderte med å fraråde hjertetransplantasjon, på medisinsk grunnlag. Pasienten ville ikke overleve operasjonen. Da pasienten ble meddelt denne avgjørelsen, kom han, i pakt med 0-visjonens logikk, i stor opphisselse og ropte: Det finner jeg meg ikke i. Jeg har vært medlem av fagforeningen i 33 år!

0-visjonen gjør oss svake. Den utarmer menneskets evne til å mestre på to måter. For det første ved å pakke oss inn i bomull allerede i livmoren. Vi blir påpasset og beskyttet i en grad som frarøver oss nyttig fare. Øvelse gjør gjør mester, heter et gammelt ord. Vi lærer ikke å mestre hvis vi aldri får prøve oss i risikozonen. 0-visjonen gjør oss også udugelige for livet ved å flytte ansvar og kyndighet fra vanlige folk til ekspertsystemene. Når vi nærmer oss målet 0 risiko eller 100 % perfektjon, blir oppdraget for komplekst for vanlige folk. Da trenges spesialkompetanse og raffinert teknologi. Denne utviklingen avmestrer menneskene og fører dem inn i klientifisering og lært hjelpeløshet.

0-visjonen styrker enfold og svekker mangfold. Den frarøver oss mot og lyst på å ta sjanser Forskerne er enige om at reduksjonen i biologisk mangfold innebærer et betydelig tap for menneskehetens og klodens helse. Kanskje burde vi bekymre oss like mye over reduksjonen i sosialt og kulturelt mangfold? Kanskje burde vi holde muligheten åpen for at et rikt tilfang av livsformer og væremåter også de usunne, farlige og forkastelige kan være til gunst for mennesket og samfunnet på sikt?

0-visjonen gjør oss strenge. Før 17. mai er der tradisjon for dugnad og vårrengjøring. I mai 2003, arbeidet Byrådet i Oslo energisk for å fjerne stoffmisbrukerne fra den såkalte Plata, nær Sentralbanestasjonen. Et av argumentene var at disse menneskene ”representerer en visuell forurensning.” 0-visjonen gjør oss strenge. Den programmerer oss til ikke å tåle annet enn glansbildet. Slik skaper 0-visjonen en form for kulturell allergi. Vi danner antistoffer mot farer og annerledeshet som ikke stemmer med idealet. Vi blir overømfintlige for usunne livsstiler, fremmede gudebilder, andre kropp, andre lukter i oppgangen. Vi blir opptatt av å gjøre rent i Det norske hus. Denne vaskenevrosen viser seg særlig tydelig på helsens område. På helsens område har strenge epidemiologer og helsepolitikere designet Det sunne, dydige mennesket. Med grønn resept, skremsel og forbud skal de 4 552 252 særpregede enkeltmenneskene i dette landet tvangsinnlegges i Den norske helsetrøyen. Da får mange gnagsår. Det er som Ricoeur sier: Medisinen er blitt vår nye domstol.

Den siste bivirkning av 0-visjonen er at den skaper urett. Det er et sterkt moment av individuell konkurranse, prestasjon og perfektion i 0-visjonens ideologi. Det er du som skal strebe etter den ytterste sikkerhet, den ypperste livsstil, den beste helsen, den optimale komfort – for deg og dine. 0-visjonen dyrker vinneren og deler samfunnet i stedet for å samle det. Det er ikke tilfeldig hvem som tiltar seg makt til å definere det idealet vi skal strebe mot og hvem og hva vi ikke skal tåle. Det er en velutdannet, privilegert borgelig elite som setter opp gullstandardene for livsstil, kropp, helse, evner, dyder, væremåter, livsverdier og samfunnsnytte (Gulbrandsen,2003). Slik kan Velferdsstaten forandres til et medisinsk sorteringssamfunn. De ”stygge” kroppene ydmykes. De som mangler vilje, påføres skam. De usunne livsstilene fordømmes. Jo sterkere glansbildemennesket blir båret fram, jo svakere blir selvbildet til de som opplever seg som flekker: Kronisk syke, uføre, funksjonshemmede, gamle og pleietrengende, stoffmisbrukere, fete, røykere, alkoholmisbrukere, arbeidsledige, sosialklienter og innvandrere.

0-visjonen skaper også urett gjennom det den engelske tenkeren og legen Julian Tudor Hart (Hart, 1971) kaller The inverse care law: De som trenger minst beskyttelse og helsetjeneste, får eller tar mest, og omvendt, de med det største behov får minst. Under overskriften ”Statoil sender 10 000 på trappekurs”,

melder Aftenposten 11.05.03: Statoil skal bruke 150 millioner kroner på å lære 10 000 ansatte blant annet:

- Når du går i trapper, skal du ikke snakke i mobiltelefonen, bære med begge hendene eller ha dem i lommene. En hånd skal alltid være på rekkverket.
- Du skal ikke vippe på stolen.
- Du skal rygge bilen til parkering og kjøre fremover når du skal ut.”

I 0-visjonens 0-psykose bruker vi 150 millioner kroner på disse subtilitetene, alt mens to millioner barn dør hvert år av infeksjøs diare som skyldes urent vann, dårlig hygiene og mangel på sanitært utstyr.

Samfunnsmedisinske bevegelser

Jeg har nå, grovt, diagnostisert rikdommens truende patologi. Hvis dette representerer reelle tidsånder, hva kan vi gjøre? Hvis dette er diagnosen, må den samfunnsmedisinske resepten se slik ut (tabell 2):

Tabell 2. Bevegelser som formegethetens mentalitet pålegger samfunnsmedisinen

Fattigdom	→	Rikdom
Tall	→	Ord
Allmakt	→	Måtehold
Verdinøytralitet	→	Politisk primærprofylakse
Epidemiologimodellen	→	Demokratimodellen

Fra fattigdommens til rikdommens patologi

Ved å bevege samfunnsmedisinen oppmerksomhet fra fattigdom til formegethet oppnår vi tre gevinster:

- Vi får en tidsinnstilt samfunnsmedisin som handler om i dag, ikke i går.
- Vi får en farlig samfunnsmedisin som utfordrer Den tilfredse majoritet i stedet for å stakkarsliggjøre gjemte og glemte minoriteter.
- Vi betjener de fattige og utstøtte best ved å sette skarpt lys på de rike. Det er her, i formegethetens mentalitet, i Den tilfredse majoritets politikk årsakene til forskjellssamfunnet ligger. Det sosialmedisinske paradoks består i at bedring av de fattiges helse primært må skje ved å granske og angripe de rikes motiver og mekanismer for ”the making of an underclass”.

Fra tall til ord

Den andre samfunnsmedisinske bevegelse må gå fra tall til ord.

Ord? Som Verden saa foragter? spør Henrik Wergeland i diktet Sandheedens Armé. Medisinen forakter ord og beundrer tall. Det gjør vi dumt i. ”Skilnaden”, sier Hans Skjervheim, ”er om ein reknar med folk, eller om en reknar med folk.” Samfunnsmedisinen har for vane å regne med folk, oversette mennesker, væremåter og livsstiler til tall, som om var de objektive, naturvitenskapelige fenomener. Vi har glemt at Først var Ordet, at helse og sykdom kan bygges eller rives – med Ånd. Vi blir ikke født med forestillinger om sykt og friskt, kunstig og naturlig, farlig og trygt. Disse oppfatningene blir dannet av mor og far, søndagsskolen, barne-TV, moteindustrien, toppidretten, skolen, tabloidene og helsetjenesten. Legene har stor makt som oppdrager i det medisinske dannelsesprosjekt. Medisinen har programmeringsmakt. Samfunnsmedisinen bør bruke sin overtalelsesmakt som en motmakt til krefter som nå er i ferd med å pervertere menneskets forhold til sin egen kropp og naturtilstand. Etter Ole Berg (Berg,2003) og Jon Hellesnes (Hellesnes,2003), kommer de farligste innflytelsene på folks helse- og sykdomsoppfatning fra:

- Medienes sentimentalisering og dramaturgi.
- Markeds- og kommerskreftene som spekulerer i lav sykdomsterskel og høy risikoberedskap.
- Normaliseringstyranniet som tvinger oss til å tro at avvik fra glansbildet trenger terapi.
- ”Industrialiseringen” av helsetjenestene som fører til at den individuelle sykdomsopplevelsen blir devaluert.
- Den utopiske scientismen, vitenskapens fantaster som i teknologisk begeistringsrus kaster humanistiske og moralske hemninger fra seg.

Markedskreftene overtar mer og mer av overtalelsesmakten i Norge. Penger er deres motiv og verdigrunnlag. Medisinen og legestanden står fra gammelt av for andre verdier: Barmhjertighet, omsorg og rettferdighet. Med ord som våpen bør vi gå ut i den evige krigen om menneskenes hjerner og hjerter. Vi må gå ut i den folkelige jungel og skape bilder av helse og sykdom som stemmer med medisinenes verdigrunnlag og kliniske erfaringsvisdom.

Fra allmakt til måtehold

Den tredje samfunnsmedisinske bevegelser må gå fra allmakt til måtehold. Når vi går inn i det medisinske hus, står leger uten grenser der og tar på seg den gudeoppgaven: Å skaffe helse i betydningen i en tilstand av fullstendig

kroppslig psykisk og sosialt velvære til alle (Fanu,2000, McGormick,1996). Medisinen lider av en farlig overtro på seg selv og har smittet folk med sin stormannsgalskap. Samfunnsmedisinen bør trolig begrense seg til å forebygge skade, også den skaden en overmodig medisin kan volde.

Figur 1 viser Loven om det avtagende utbytte, et klassisk fenomen i den økonomiske vitenskap.

Figur 1. Loven om det avtagende utbytte.

Den demonstrerer at i begynnelsen av et prosjekt som skal gi oss bedre helse eller mer trygghet, er utbyttet av investeringen betydelig. Men etter hvert som vi kommer opp på et høyt nivå, blir det mindre og mindre helse- og trygghetsgevinst av økende investeringer. De siste 3-4-5 prosentenes perfektjon opp mot 100 %, er uhyre kostbare. Dette er velkjent. Men på helsens område er det til og med mulig at denne kurven, nær 100% perfektjon, stuper nedover. Det kan tenkes at den knekker ved et punkt nær toppen, at ytterligere investeringer, strev, krav og forventninger gir oss mindre helse og trygghet i stedet for mer. Det kan komme til et punkt hvor ytterligere anstrengelser kan resultere i falske forhåpninger, skuffelser, avkall på andre goder, skader på andre verdier av betydning for helse og trygghet. Kanskje er vi der nå?

Kuren mot fullkommenhetsnevrosen har stoikerne gitt oss (Hellesnes,1997). Vi må forsone oss med det ufullkomne, trives med feil, like farer, tåle annerledeshet, legge alt – eller – ingenting tankegangen død. Camille Paglia har også skrevet ut en resept: Vi må godta vår smerte, forandre på det vi kan og le av resten. I stedet for å love ingen fare, ingen pine bør modige og ærlige fagfolk spørre: Hvor mye vondt har vi godt av? Og svare: Mennesket og samfunnet tjener i helse og trygghet på å godta en viss risiko, forsone seg med en anelse mobbing, en smule vold, en dose terror, noen milligram synd og fem tonn usunnhet. Vi må ikke være for sultne på helse, for grådige etter sikkerhet, da får vi sure liv og strenge samfunn (Fitzpatrick,2001).

Fra verdinøytralitet til politisk primærprofylakse

Den fjerde åndevandring samfunnsmedisinen må ut på, går fra verdinøytralitet til politisk primærprofylakse.

Noe av det farlige med medisinen og samfunnsmedisinen nå er at den er apolitisk. Enkeltmenneskets svake vilje til å følge livsstilsordre blir stadig utfordret. Samfunnets svake vilje til å forbedre strukturelle helsebetingelser (inntekt, arbeid, miljø, trygghet, frihet) blir sjelden utfordret.

Samfunnsmedisinen må velge side. Skal vår solidaritet først og fremst være hos menneskets helse, eller skal vår lojalitet primært være hos politiske, moralske og økonomiske makthavere som kanskje ønsker å bruke samfunnsmedisinen til å holde orden på livsstiler og væremåter, til å maksimere folkekroppen som produksjonsmiddel, til å fordele helsetjenester og trygderessurser på en måte som opprettholder det medisinske klassesamfunn? Samfunnsmedisineren bør bevege seg fra lydig funksjonær til pågående medisinsk advokat for underprivilegerte grupper. Samfunnsmedisinen bør drive politisk primærprofylakse (Farmer,2003, Smith, Ebrahim og Frankel,2001, Krieger og Birn,1998).

Fra Epidemiologimodellen til Demokratimodellen

Det bringer meg til den siste nødvendige bevegelse fra den gamle epidemiologimodellen til en ny demokratimodell (se tabell 3):

Tabell 3. To modeller for folkehelsearbeid: Epidemiologimodellen og demokratimodellen.

Epidemiologi- modellen		Demokrati- modellen
Livsstil	→	Levekår
Sunnhetspoliti	→	Helsefrihet
Designerhelse	→	Ekte helse
Sort galle	→	Salutogenese
Statistisk klon	→	Hin enkelte
Svare	→	Spørre
Kommandomedisin	→	Den folkesentrerte metoden

Det helsefremmende forebyggende arbeidet i Norge i dag er ensidig rettet inn mot individet. Du er din egen helseminister, lyder dagens motto. Levekårenes betydning for helse og sykdom er glemt. De sosialmedisinske strukturene er gjemt. Den individuelle livsstilsmodellen er bekvem for makthaverne. Den flytter lyskasterne fra sosial urett til individuelle mangler, fra politiske feil til

personlige feil. Livsstilsmodellen fungerer som en lynavleder for politiske trusler mot folkehelsen. I 2003 kom St. meld. nr. 16 Resept for et sunnere Norge. Folkehelsemeldingen (St.meld. nr. 16,2002-2003). Den preges av livsstilsmoralisering og underslår langt på vei politiske rammevilkår for helse og sykdom. I Norge nå er de største truslene mot folkehelsen det framvoksende Forskjellssamfunnet med nyfattigdom, økende arbeidsledighet, et hardere og hardere konkurranseklima samt en utbredt rasisme som er normalisert, ja nesten gjort til en dyd. I stedet for å diagnostisere skjeve maktforhold og skrive ut røde resepter mot årsakene til undertrykkelsen i samfunnet (Fugelli,1999), begrenser dagens samfunnsmedisin seg til å diagnostisere skjeve livsstiler blant de underprivilegerte og skrive ut blå og nå også grønne resepter mot undertrykkelsesfølgene i samfunnet.

Vi ser tegn til et medisinsk livsstilspoliti som krever at alle skal følge budene på epidemiologenes stentavler. Vi vet hva din helse er tjent med. Vi har patent på det gode liv. Vi forordner grønn resept. På denne måten demonstrerer moderne samfunnsmedisin manglende respekt for folks selvbestemmelse, uærbødighet vis-à-vis livets mangfold og forakt for menneskelig svakhet. På den måten kan samfunnsmedisinen, i god mening, komme til å frarøve menneskene den kanskje viktigste av alle helsebetingelser, verdien frihet. Den engelske filosofen John Stuart Mill sier i sitt klassiske verk *On Liberty* (Ruyter, Førde og Solbakk,2000): «Den eneste form for frihet som fortjener navnet, er det å forfølge vårt eget beste på vår egen måte, så lenge vi ikke forsøker å frarøve andre det samme, eller hindre dem i deres streben etter å oppnå det. Hver enkelt er den rette formynder over sin egen helse, enten det er kroppslig, mental eller åndelig helse. Menneskeheten tjener mer på å tåle at hver enkelt lever slik det synes godt for vedkommende selv, enn ved å tvinge hver enkelt til å leve på en måte som synes godt for resten.» Vi er i den postmoderne mentalitet. Vi får ikke menneskene til å ta ansvar for egen eller hverandres helse hvis vi sier: Her er stentavlene med svarene. Markedet, folk, politikere, mediene vil ikke ha svar. De vil ha kunnskaper, men også tvil og valgmuligheter som stimulerer deres nysgjerrighet, fremmer deres forståelsesprosess og dømmekraft. De ønsker å rådes av kyndige, men ydmyke fagfolk (Fox,1999).

Epidemiologimodellen bekjenner seg til et glansbilde av helse som krever fravær av sykdom og risiko, nærvær av fullkommen funksjon og velvære. Denne gullstandarder bringer menneskene inn i nullvisjonens psykose. Helseidealet blir så blankt at alle får flekker. Livsstilskravene blir så høye at alle kommer til kort. For å flytte helsen tilbake til folket, må vi realitetsorientere helsebegrepet. Vi må bytte ut designerhelse med et raust og ærlig helsebegrep som også rommer feil og faenskap og sykdommer, for sånn er livet.

Det epidemiologiske apparat gjør helsen til et melankolsk prosjekt. Det bokfører minusene i helsens regnskap og markedsfører strevet for helsen. Langt på vei har medisinen feilbrukt sin overtalelsesmakt til å skape risiko-opptatthet, helsebekymring og sykdomsfrykt og dermed et stort marked for seg selv (Skrabanek,1994, Fitzpatrick,2001). Den nye samfunnsmedisinen må markedsføre salutogenese, gladhelse. Med gladhelse mener jeg at for de friske er helse glede, overskudd, fred og ro. For de friske er helse å glemme helsen, ikke strebe etter den, ikke frykte risiko og sykdom. De fleste av oss er legeringer av friskt og sykt gjennom livet. Derfor må vi rive ned det dramatiske skille mellom friske og syke. Sykdom kan også skape helse. Sykdom kan gi fred og ro. Sykdom kan endre verdisetting, menneskesyn og selvbilde i gunstig retning. Sykdom kan gjøre at noen plutselig begynner å plukke blomster i stedet for aksjer.

Epidemiologimodellen bekjenner seg til mennesket som en statistisk klon og forneker helse som en personlig konstruksjon, et dypt individuelt prosjekt. Standard samfunnsmedisin vil trolig møte økende motstand. Den moderne mentalitet er sterkt opptatt av Jeg (Fox,1999). Folk er blitt mer selvstendige og krevende i sin søken etter liv og tjenester som stemmer for seg. I demokratimodellen må vi respektere hin enkeltes eiendomsrett til egen helse. Vi må anerkjenne hin enkelte som den eneste rette byggmester for egen helse. Vårt oppdrag som helseopplysere må være å levere kunnskapen, ikke arkitekttegningen.

Samfunnsmedisinsk katalyse kan stå som overskrift for en ny arbeidsform tilpasset det demokratiske folkehelsearbeidet. Samfunnsmedisinsk katalyse vil si at vi må bytte ut den gamle svar-samfunnsmedisinen med en ny spør-samfunnsmedisin. Samfunnsmedisineren må være et faglig enzym:

- som holder helse-levekårutfordringen vitalt på dagorden
- som stifter uro i mediene og politikken på vegne av folkehelsen og folkehelsens betingelser: frihet, rettferdighet og trygghet
- som utvikler folks lyst og evne til selv å forstå og handle i grensesnittet mellom samfunn og helse.

Ved å levere enzymer i stedet for produkter, spørsmål i stedet for svar, stimulerer vi også den siste bevegelsen fra kommandomedisin til den folkesentrerte metoden. Epidemiologimodellen forvaltes av den samfunnsmedisinske sentralmakt, representert ved Helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og de samfunnsmedisinske universitetsinstituttene. Moralfilosofen Harald Ofstad (Ofstad,1991) lanserer i sin bok: Vår forakt for svakhet, uttrykket: Distanse til det konkrete. Han hevder at faren for overgrep øker med maktens avstand til ofrene. 0-visjoner og stive prinsipper trives best på avstand fra livet og folket. Det er vanskelig å

oppretholde dogmer og fundamentalistiske prinsipper når du er nær menneskene og samfunnet. Derfor må samfunnsmedisinen skaffe seg et folk. Akkurat som klinikerer blir klok av å ha en pasient, må samfunnsmedisinen ha et folk som gir korrektiv og lærdom. Vi kan og bør ikke overleve med en samfunnsmedisin som isolerer seg i vitenskapelige og byråkratiske nisjer. Klinisk medisin fornyes og demokratiseres nå ved den pasientsentrerte metoden som består i å gi gyldighet til pasientens egen sykdomsopplevelse (McWhinney, 1989). Samfunnsmedisinen bør ta lærdom av klinisk medisin og utvikle en folkesentrert metode som tar i bruk folks egne forestillinger, erfaringer, verdier, meninger og handlingsrom knyttet til helse og miljøfremmende arbeid i lokalsamfunnene. Folkehelsekonseptet bør dreies fra samfunnsmedisinsk sentralmakt i retning av den helsekapital og helsetradisjon som bor i folket.

For 150 år siden så Virchow samfunnsmedisinen svinne hen i byråkratisk formalisme. Hans råd til kollegene i Bismarcks føydalstat har ikke gått ut på dato (Fugelli, 1995): ”Sikkert er det at medisinen ikke vil miste noe av sin verdighet ved å ta de høye sko av og blande seg med folket, for blant folket vil den finne ny styrke”.

Litteratur

- Beck U. (1992). Risk society. Towards a new modernity. London: Sage.
- Berg O. (2003). Makt og eksistens. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. Makt og medisin. Rapport nr. 57. Oslo: Makt- og demokratiutredningen: 78-103.
- Berlin I. (1990). The crooked timber of humanity. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Elvbakken KT, Solvang P, red. (2002). Helsebilder. Sunnhet og sykdom i et kulturelt perspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fanu Le J. (2000). The rise and fall of modern medicine. New York: Carroll & Graf Publishers.
- Farmer P. (2003) Pathologies of power. Health, human rights and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press.

- Fitzpatrick M. (2001). *The tyranny of health. Doctors and the regulation of lifestyle*. London: Routledge.
- Fox NJ. (1999). *Beyond health. Postmodernisme and embodiment*. London: Free Association Books.
- Fugelli P. (2003). *0-visjonen. Essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli P. (1999). *Rød resept. Essays om perfektjon, prestasjon og helse*. Oslo: TANO Aschehoug.
- Fugelli P. (1995). Med Rudolf Karl Ludwig Virchow som veiviser til den nye samfunnsmedisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 115: 1091-4.
- Furedi F. (1998). *Culture of fear*. London: Cassell.
- Gulbrandsen P. (2003). Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. *Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredningen: 118-32.
- Hart JT. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1: 405-12.
- Hellesnes J. (2003). Makt og motmakt i det medisinske feltet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. *Makt og medisin. Rapport nr. 57*. Oslo: Makt- og demokratiutredningen: 65-77.
- Hellesnes J. (1997). *Frå Athen til Pompeii. Om Sokrates og Seneca, med merknader til Nietzsche, Heidegger, Adorno m. fl.*. Oslo: Det norske samlaget.
- Krieger N, Birn AE. (1998). A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *Am J Publ Health*, 88: 1603-6.
- Lilleaas UB, Widerberg K. (2001). *Trøtthetens tid*. Oslo: Pax.
- McGormick J. (1996). Medical hubris and the public health: The ethical dimension. *J Clin Epidemiol*, 49: 619-21.
- McWhinney IR. (1989). *A textbook of family medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Moseng OG. (2002). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Ansvar for undersåttens helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ofstad H. (1991). *Vår forakt for svakhet*. Oslo: Pax Forlag.
- Rimbaud A. (2002). *Årstid i helvete*. Oslo: Bokvennen Forlag.
- Roness A, Matthiesen SB, red. (2002). *Utbrent*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. (2000). *Medisinsk etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk: 204.
- Skrabanek K. (1994). *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. Suffolk: Crowley Esmonde.
- Smith GD, Ebrahim S, Frankel S. (2001). How policy informs the evidence. "Evidence based" thinking can lead to debased policy making. *BMJ*, 322: 184-5.
- St.meld. nr. 16, 2002-2003. *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsemeldingen*.

Anbefalt litteratur til kapitel: Formegethetens mentalitet

Fugelli, P. (2003). 0-visjonen. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget.

Skrives av John Gunnar

Lupton, D. (1995). The imperative of health. Public health and the regulated body. London: Sage.

Denne boken gir en klar framstilling av helsens sosiale og kulturelle skapelsesprosess. Lupton betoner at det ikke er Staten alene, ei heller det medisinsk-industrielle komplekset alene som ”programmerer” folks helseoppfatning. Helsebildene våre er collager som henter stoff fra alle samfunnets sider og hele livets bok. Medisinen er bare én av helseskaperne. Like viktige, kanskje viktigere formgivere av våre helseforestillinger, er skolen, idretten, forbrukskulturen, moteindustrien og arbeidslivets menneskesyn og produksjonskrav.

Lian, OS. (2003). Når helse blir vare. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Medikalisering gjennom ”varifisering” er hovedtemaet i Lians bok. Hun tar utgangspunkt i det såkalte Helsegapet: Den økende avstanden mellom de behandlingsmulighetene medisinsk teknologi nå utvikler og det som anses som politisk og økonomisk mulig å ta i bruk innenfor den offentlige helsetjenesten. Konfrontert med helsegapet er mange vestlige land i ferd med å reorganisere helsevesenet etter mer eller mindre frie markedsmodeller. Lian er redd for at det kan utvikle seg en ny medikaliseringsspiral på det profittstyrte helsemarkedet. Sofistikerte, kravstore konsumenter i møte med grådige produsenter og leverandører kan komme til å skape inflasjon i sykdom og eskalerende perfektjonskrav til helse. Økende markedsorientering i helsetjenesten kan komme til å redusere den normsettende funksjonen helsefagfolkene i noen grad har i dag.

