

# Folkehelseetikk – en oversikt

*Michael 2023; 20: 355–68.*

*Folkehelsearbeid favner videre enn den tradisjonelle kurative og palliative medisiner. Det har flere aktører, bredere mål og flere hensyn å ta. Derfor er også folkehelseetikken mer omfattende enn den medisinske etikken – blant annet med flere etiske prinsipper.*

*Folkehelseetikk er blitt et eget fagfelt, som kan hjelpe å styre folkehelsearbeidet mot sitt mål: Å bedre folkehelsen på en bærekraftig og forsvarlig måte.*

*Denne artikkelen tar utgangspunkt i folkehelseetikken grunnleggende etiske spørsmål: Hvordan skal man avveie enkeltpersoners interesser mot samfunnets interesser? Artikkelen bruker konkrete utfordringer i folkehelsearbeidet for å belyse folkehelseetikken etiske prinsipper, normer og verdier.*

Hvor mye kan enkeltindividets frihet begrenses for å beskytte andre? Hvor langt kan man gå i å fremme helsen til befolkningen? Bør visse vaksiner gjøre obligatorisk? Hvem skal prioriteres ved mangel på vaksiner? Hvor sikker må man være for å tilby folkehelse tiltak til befolkningen?

Frem til koronapandemien 2020–2021 var slike spørsmål for spesielt interesserte, men pandemien gjorde dem til allmenne tema både i og utenfor helsetjenesten. Da ble folkehelseetikken betydning synlig og presserende.

Folkehelseetikk er en form for anvendt temaspesifikk etikk, og gjelder, som navnet sier, folkehelsearbeid (1). Formålet er å reflektere over, komme med og begrunne konkrete løsninger på moralske problemer i folkehelsearbeidet (2–4). Slik sett er folkehelseetikk av stor betydning for folks helse og helsetjenesten, men også for samfunnets velferdsordninger og demokratiet. Dette så vi tydelig ved nedstengingen av samfunnet under koronapandemien.

Folkehelseetikken betydning er blitt klarere for helsepersonell, beslutningstagere og helsepolitikere, men vi trenger også kunnskap om folkehelse-

etikk som fagfelt. Mens medisinsk etikk kan spores tilbake til de hippokratiske tekster og har eksistert som et eget fag i over 50 år, er folkehelseetikken bare ca. 20 år gammel (5, 6). Moralske spørsmål har selvsagt vært tema for politiske beslutninger om folkehelse lenge før den formelle etableringen av folkehelseetikken som fag.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i folkehelseetikken grunnleggende etiske spørsmål: Hvordan skal man avveie enkeltpersoners interesser mot samfunnets interesser (1–4, 7, 8). Folkehelseetikk sammenliknes med medisinsk etikk og folkehelseetikken moralske mål og etiske grunnspørsmål beskrives. Konkrete utfordringer i folkehelsearbeidet som smittevern, vaksinasjon, helsekampanjer, helseovervåking og sykdomsforebygging, brukes for å belyse folkehelseetikken etiske prinsipper, normer og verdier.

## Metode

Artikkelen er en ikke-systematisk oversiktsartikkel (9) som ut fra en gjennomgang av grunnleggende arbeider i folkehelseetikk (1–4, 6–8, 10–16) har syntetisert en oversikt over folkehelseetikken grunnleggende prinsipper. Disse belyses ved å drøfte ulike problemstillinger i folkehelsearbeidet.

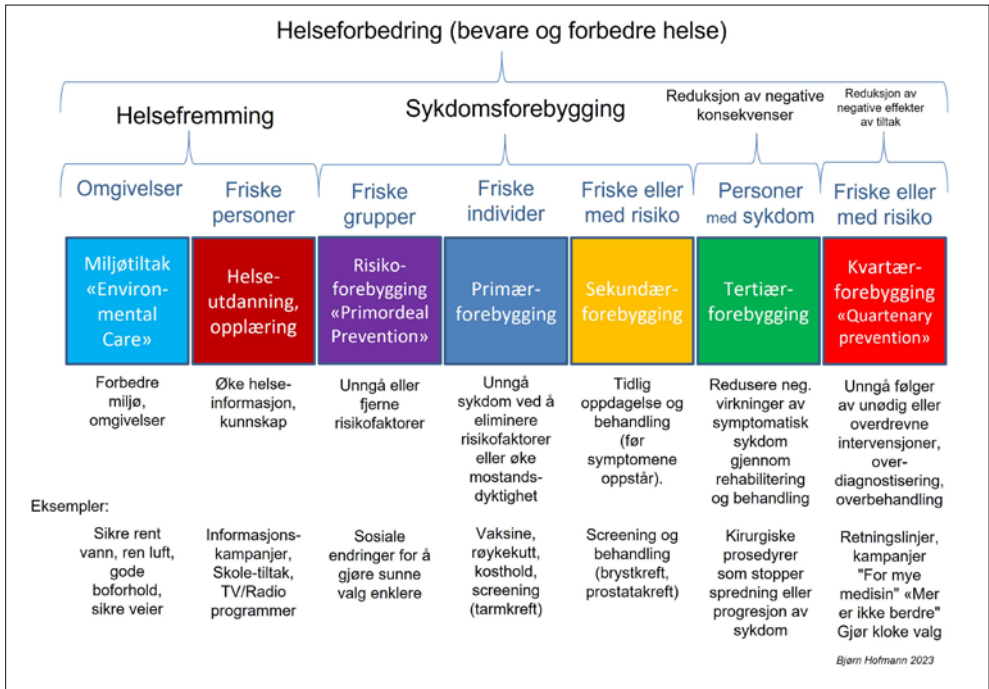
For å avgrense og fokusere artikkelen, vil den i hovedsak bruke eksempler fra folkehelse tiltak mot smittsomme sykdommer, men det finnes selvsagt mange eksempler fra andre områder også.

### *Begrepsavklaringer*

*Folkehelsearbeid* handler om å bedre befolkningens helse og kan defineres som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (17). Folkehelsearbeid fremmer med andre ord befolkningens helse og omfatter *helsefremmende arbeid*, *sykdomsforebygging* og *konsekvensreduerende tiltak*. (Se figur 1).

*Helsefremmende arbeid* omfatter målrettet arbeid som fremmer helse i bred forstand, inkludert opplysning om sunt kosthold, avgifter på helseskadelige varer, bedring av trafikksikkerhet og bomiljø, samt reduksjon av luftforurensing.

*Sykdomsforebygging* er tiltak for å hindre at sykdom oppstår eller utvikler seg. Det kan være tiltak for å fjerne eller redusere risikofaktorer for å utvikle sykdom (risikoforebygging), som redusere risikoen for å utvikle sykdom (primærforebygging) og som er rettet mot tidlig påvisning og behandling av sykdom for å påvirke sykdomsforløpet (sekunderforebygging).



Figur 1. Oversikt over ulike former for folkehelsearbeid med eksempler. For nærmere beskrivelse av de ulike formene for folkehelsearbeid se (18).

Konsekvensreducerende tiltak kan være tiltak for å redusere implikasjonene av sykdom (tertiærforebygging) eller de negative konsekvensene av andre forebyggende tiltak, slik som overdiagnostikk og overbehandling.

Moral er normer og verdier som aksepteres og forsøkes praktisert av et individ eller en gruppe og *etikk* er teorier om moral, altså moralfilosofi.

## Resultater

### Folkehelseetikk og medisinsk etikk

Både folkehelseetikk og medisinsk etikk begrunner sine etiske prinsipper i moralfilosofien, for eksempel i ulike former for pliktetikk, konsekvensetikk, dydsetikk og kasuistikk. Samtidig er det vesentlige forskjeller (5), der medisinsk etikk er rettet mot enkeltpersoner og folkehelseetikken er særlig rettet mot grupper. Dette gjør konsekvensetikken særlig fremtredende i folkehelseetikken.

Tabell 1 gir en oversikt over likheter og forskjeller mellom medisinsk etikk og folkehelseetikk. Forskjellene synliggjøres gjennom hvilke etiske prinsipper som er mest fremtredende. Mens medisinsk etikk de siste 50 år

i stor grad har vært preget av fireprinsippsetikken (ikke-skadepri­nsippet, autonomipri­nsippet, velgjørenhetspri­nsippet, rettferdighetspri­nsippet) (19), har folkehelseetikken hatt et større mangfold av prinsip­per. Se også Tabell 2. Dette henger sammen med at folkehelsearbeidet har en bredere målset­ting og flere og ulike aktører enn allminnelig medisinsk virksomhet.

### *Helsefremming og sykdomsforebygging*

Mens sykdomsforebygging stort sett utføres av helsepersonell, er helsefremming et mer tverr- og flerfaglig prosjekt. Etter folkehelse­loven er det nå kommunen, og ikke kommunehelsetjenesten, som har ansvaret for dette: «Kommunene skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ inn­virkning på helsen» (Folkehelse­loven §4). Det helsefrem­mende arbeidet følger andre

	Medisinsk etikk (klinisk)	Folkehelseetikk
Mål	Lindre lidelse Fjerne, redusere lidelse (helbrede) Trøste Sikre god helse	Sikre god helse Forhindre lidelse Bedre motstandskraft Sikre/forbedre velvære
Moralsk begrunnelse	Fjerne eksisterende plager	Forhindre fremtidige plager
Målgruppe	Individ (i hovedsak)	Gruppe, befolkning
Sykdomsstatus	Syke mennesker (i hovedsak)	Friske mennesker (i hovedsak)
Aktører	Helseprofesjonelle	Mange ulike profesjoner
Prinsipper (hoved-)	Ikke-skadepri­nsippet Autonomipri­nsippet Velgjørenhetspri­nsippet  Rettferdighetspri­nsippet	Skadeforhindringspri­nsippet Ikke-skade-pri­nsippet Autonomi-pri­nsippet Velgjørenhetspri­nsippet Helsemaksimeringspri­nsippet Effektivitetspri­nsippet Rettferdighetspri­nsippet Proporsjonalitetspri­nsippet Konfidensialitetspri­nsippet Tillitspri­nsippet Minimeringspri­nsippet Legalitetspri­nsippet Solidaritet

*Tabell 1. Sammenligning mellom medisinsk etikk og folkehelseetikk*

(og videre) etiske normer, verdier og regelsett enn det sykdomsforebyggende arbeidet. Her grenser folkehelseetikken mot politikk.

### *Folkehelsearbeidets moralske mål og kjernespørsmål*

Folkehelseiltak har som mål å sørge for viktige goder til befolkningen; god helse og trivsel, og derved å unngå flere onder: plager, lidelse og sykdom (Folkehelseoven §1). Ved å komme til tidlig i et mulig sykdomsforløp ønsker man å forhindre helsemessige problemer før de oppstår. Folkehelsearbeidet har derved et klart moralsk mål og en god etisk forankring (i helsemaksimeringsprinsippet og hjelpeplikten, se nedenfor).

Dersom dette var folkehelsearbeidets eneste mål, kunne man oppnå god folkehelse ved å styre folks atferd i minste detalj: hva de spiste, hvor mye de trente osv. Det ville gi et uakseptabelt helsediktatur. Man må selvsagt ta hensyn til en rekke andre normer og verdier (enn folkehelsemaksimering) – ikke minst folks selvbestemmelse.

Utfordringen ligger i at folk kan ønske seg og velge å leve på måter som undergraver egen og befolkningens helse (og derved folkehelsearbeidets mål). Folkehelseetikken grunnleggende etiske spørsmål er derfor: *Hvordan skal man avvise individers og samfunnets interesser?* (1, 3) Det er mange svar på dette spørsmålet. Eksempelvis har Nuffield Council of Bioethics utarbeidet en frihetsbegrensningsstige som stiller strengere krav til tiltakene avhengig av hvor frihetsbegrensende de er (14).

Grunnproblemet er altså å avgjøre *hvordan man skal ivareta enkeltindividers rettigheter* når man forsøker å bevare og bedre befolkningens helse (20) og *hvilke befolkningsmessige mål vi skal forsøke å oppnå*. For eksempel må vi avgjøre om vi skal forbedre befolkningens samlede helse eller redusere dens helsemessige forskjeller (12)?

I tillegg til disse grunnproblemene medfører også folkehelsearbeidet en rekke andre moralske utfordringer. For å belyse hvilke normer, verdier og prinsipper som gjør seg gjeldende i folkehelsearbeidets etikk, vil jeg nedenfor trekke frem noen grunnleggende spørsmål som folkehelseetikken forsøker å besvare, men først vil jeg gi en oversikt over folkehelseetikken viktigste etiske prinsipper.

### *Folkehelseetikken grunnleggende prinsipper*

Som vi ser i figur 1 og tabell 1, dekker folkehelsearbeidet langt flere arenaer, involverer flere profesjoner, og har et bredere mål enn hva som dekkes av den kurative helsetjenesten. Det er derfor ikke overraskende at den gjør bruk av flere etiske prinsipper enn den medisinske etikken. Tabell 2 opp-

Prinsipp	Beskrivelse
<i>Skadeforbindersprinsippet (The Harm Principle)</i>	Tiltak kan begrense individers frihet bare der deres frihet ville påføre andre skade.
<i>Ikke-skade-prinsippet</i>	Tiltakene skal ikke være skadelige for dem som de er rettet mot (involverer).
<i>Autonomi-prinsippet</i>	Tiltakene skal respektere selvbestemmelsen til dem som de er rettet mot.
<i>Velgjørenhetsprinsippet</i>	Tiltakene skal være til beste for dem som de er rettet mot. Tiltaket må være nødvendig (uten gode alternativer)
<i>Helsemaksimeringsprinsippet</i>	Tiltaket skal maksimere helsen til dem som de er rettet mot.
<i>Effektivitetsprinsippet</i>	Tiltaket skal være kostnadseffektivt. Det må finnes god evidens. Alle må kunne bidra/delta for å gi god effekt.
<i>Rettferdighetsprinsippet</i>	Tiltakets nytte og skade skal være likt fordelt. Sårbare grupper skal særlig ivaretas.
<i>Proporsjonalitetsprinsippet</i>	Tiltakets nytte skal stå i forhold til kostnaden (inklusive belastning og skade).
<i>Konfidensialitetsprinsippet</i>	Tiltaket skal la folk ha kontroll over informasjon(sflyt)en for egne helseopplysninger.
<i>Tillitsprinsippet</i>	Tiltaket skal ikke redusere tilliten til folkehelsetiltak.
<i>Minimeringsprinsippet</i>	Tiltaket skal være minimalt invaderende og frihetsreducerende.
<i>Legalitetsprinsippet</i>	Tiltaket må være lovhjemlet, ha legitimitet og ikke undergrave demokratiske prosesser.
<i>Solidaritet</i>	Tiltaket bør fremme samhørighet og tilhørighet og fremme ønske om og plikt til å hjelpe andre.

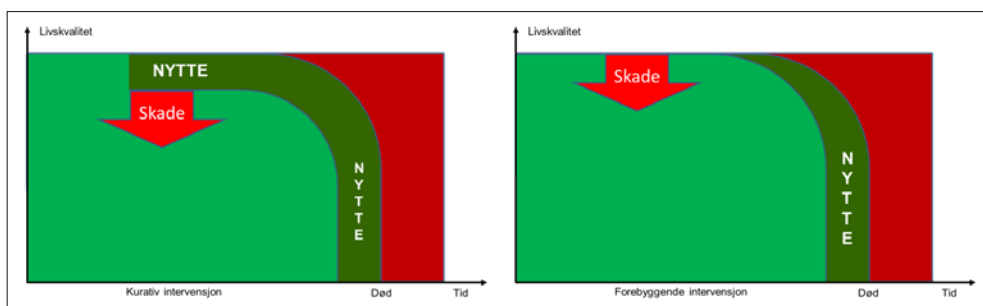
Tabell 2. Oversikt over folkehelseetikken grunnleggende prinsipper

summerer og forklarer folkehelseetikken grunnleggende prinsipper, slik de er omtalt i litteraturen.

### *Nå eller i fremtiden?*

Så vel sykdomsforebyggende som helsefremmende tiltak iverksettes overfor friske personer som ikke har plager. Selv om det er gode etiske grunner for å drive slikt arbeid, kan det være moralsk utfordrende å bruke ressurser på «friske mennesker» dersom man samtidig ikke har tilstrekkelig ressurser for å hjelpe dem som har plager her og nå.

Dette henger blant annet sammen med at det kan være vanskeligere å sørge for at en person som har det bra, får det bedre, enn å gjøre slik at en person som lider, får det bedre. I tillegg kommer en mulig nytte av et folke-



Figur 2. Potensiell nytte og skade av kurative (og lindrende) tiltak versus folkehelseiltak

helsetiltak (på en frisk person) i fremtiden, mens nytten av et kurativt (eller palliativt) tiltak sannsynligvis kommer nå eller i nær fremtid.

Mulige skader og kostnader for begge typer tiltak kommer gjerne her og nå. Figur 2 illustrerer nytte og skade for folkehelseiltak versus kurative (eller palliative) tiltak.

Man må derfor vurdere nytte og skade i flere dimensjoner: helse versus sykdom (som ikke nødvendigvis er symmetriske) og nytte/skade nå versus i fremtiden (som ikke nødvendigvis teller like mye). Dette er ingen enkel øvelse, da sammenhengen mellom innsats og utbytte ikke er lineær (21).

Antibiotikaresistens er et eksempel på hvordan nytte og risiko her og nå må avveies mot fordeler og ulemper (resistensutvikling) i fremtiden og hvor hensynet til den enkelte må veies mot hensynet til de mange.

### *Den ene og de mange*

#### *Smittevern*

Pandemiene de senere årene har vist behovet for å begrense enkeltmenneskers grunnleggende friheter og rettigheter, slik som bevegelsesfrihet. I praksis gir blant annet smittevernloven utstrakte muligheter til ekstrem frihetsberøvelse (karantene, isolasjon). Dette begrunnes ut fra behovet å beskytte rettighetene til andre borgere, eksempelvis retten til liv og helse.

Den etiske begrunnelsen for dette går tilbake til den britiske filosofen John Stuart Mill (1806–1873) og omtales ofte som *skadeforhindringsprinsippet* (The Harm Principle) som tilsier at den enkeltes frihet bare kan begrenses der deres frihet ellers ville påføre andre skade. Smitte med alvorlig sykdom er et eksempel på slik skade, som kan legitimere det å begrense den enkeltes frihet – og derved også deres selvbestemmelse (autonomi).

Samtidig må frihetsbegrensningen stå i forhold til skadeforhindringspotensialet ifølge *proporsjonalitetsprinsippet*, tiltakene må ikke være til skade

for personene i henhold til *ikke-skade-prinsippet* og tiltaket må være effektivt i tråd med *helsemaksimeringsprinsippet*.

### *Vaksiner*

Effekten av folkehelseiltak kan også være avhengig av at mange følger gitte råd eller mottar visse helsetjenester. Dette ser vi eksempelvis ved vaksiner der man er avhengig av flokkimmunitet. Det reiser spørsmål om hvor langt man kan gå i å få enkeltpersoner til å følge råd eller å vaksinere seg (eller sine barn).

Kan man pålegge foreldre å vaksinere sine barn? Kan barnehager og skoler forlange at barna er vaksinerte? Kan helseforetak forlange at helsepersonell vaksinerer seg? Dette er konkrete og vanskelige moralske spørsmål.

Her er det mer som står på spill, rent etisk. For det første vil man kunne hevde at det er en etisk plikt å bidra til egen og andres helse (*pliktetikk*). Samtidig skal man ha gode grunner for å overskride individers selvbestemmelse (*autonomi*). Men hvor langt kan man gå i å dulte (nudge) folk i bestemte retninger uten å undergrave deres autonomi? (22, 23)

I tillegg reiser mange helsetiltak spørsmål om *likhet* og *rettferdighet*. Hvem skal ha tilgang til vaksiner (først)? Dette spørsmålet ble høyst påtregende under SARS-CoV-2 pandemien 2020–2022 (24). Da måtte man også vurdere om det var noen områder (med høy smitte) som skulle prioriteres eller om vaksinedosene skulle fordeles likt.

Dessuten er det viktig å vite hvem vaksineinformasjonen skal rettes mot – mot alle i målgruppen eller primært mot dem som har størst risiko eller mest nytte av den – og hvor mye ressurser som skal brukes for å nå slike grupper sammenlignet med andre.

### *Helsekampanjer*

Enkeltpersoners legitime valg kan stride mot felleskapets (helsemessige) interesser. Det kalles gjerne *det statsliberale dilemma* (25). Motsatt kan helsemyndighetene utøve press på befolkningen så individers handlinger bidrar til å bedre folkehelsen. Hvor langt det er riktig å gå i å gjøre dette, kan kalles *det statsautoritære dilemma*. Kjernen i begge problemstillingene (som utgjør kjernes spørsmålet i folkehelseetikken) er hvor langt man skal gå i å respektere individers *selvbestemmelse* for å forbedre folkehelsen (*helsemaksimering, velgjørenhet*).

Er det for eksempel riktig å overdrive budskapet i folkehelsekampanjer når det mer effektivt endrer folks helseatferd, eksempelvis i retning av en sunnere livsstil? Dette var for eksempel tema i Norge under anti-røykekampanjen i 2003 (26). Hvor langt kan helsemyndighetene gå i å fremme sunne



valg før det blir helseideologisk propaganda (healthism)? Også her er skubbing (dulting, nudging) en sentral etisk problemstilling (27).

### *Sykdomsforebygging*

En tilstøtende utfordring kommer av at folkehelseiltak kan gi en betydelig bedring av befolkningens helse, men der den har liten eller ingen nytte for enkeltpersoner, selv om den enkelte likevel må bære belastningen ved tiltakene (28, 29). Eksempelvis kan folkehelseiltak være mer nyttige for de mange med lav risiko enn for de få med høy risiko. Dette kalles gjerne forebyggingsparadokset (30).

Mens det finnes mange effektive tiltak for å forebygge infeksjoner både i helsetjenesten og i folks privatliv (hygiene), så finnes det også inngripende tiltak som vil kunne redusere infeksjonsfaren mer effektivt, men som ikke er akseptable da de bryter med *ikke-skade-prinsippet*, *velgjørenhetsprinsippet* og *autonomiprinsippet*.

### *Helseovervåking*

Å overvåke befolkningens helse er en viktig forutsetning for eller en del av mange folkehelseiltak, men hvor langt kan man gå i å overvåke folks helse, uten å undergrave deres *rett til privatliv*?

Vi har lenge hatt kontroller for tuberkulose og andre smittsomme sykdommer, og vi utfører i dag en rekke helsekontroller, der vi blant annet måler og veier barn. Vi tar også blodprøver fra alle nyfødte (nyfødtregisteret) og vi kan i prinsippet gjøre helgenomanalyser av disse. Vi har også store biobanker som inneholder blod- og vevsprøver av store deler av befolkningen, og som kan gi viktig informasjon om folkehelsen.

Selv om slik informasjon vil være av stor betydning i folkehelsearbeid, vil den også kunne medføre en rekke utfordringer for den enkelte, for eksempel falske positive (og negative) prøvesvar og funn av usikker betydning. Dessuten vil det også kunne være til stor ulempe for den enkelte om andre fikk tak i helseinformasjon om dem (eksempelvis forsikringsselskaper eller arbeidsgivere).

Dersom den enkelte borger ikke har kontroll over sin egen helseinformasjon, bryter det med *konfidensialitetsprinsippet*. Det vil selvsagt også påvirke *tilliten* til folkehelsemyndighetene.

En annen utfordring med folkehelseovervåking er dens normerende funksjon. Målene og grensene man setter, for eksempel ved veiing av barn i skolen, blir normerende for hva som er «normalt» og kan påvirke hvordan mennesker klassifiseres og ser på seg selv (31). Folkehelseiltakenes klassifiseringer kan også være sykeliggjørende (medikalisierende) (32, 33).

### *Bevare tillit*

For alle folkehelseiltak som er avhengige av stor etterfølgelse eller deltagelse, er det å bevare befolkningens og enkeltpersoners tillit helt sentralt. Det er særlig viktig for vaksinasjon, der vaksinemotstanden i stor grad baserer seg på og nærer mistillit. Mens helsemyndighetenes håndtering av svineinfluensasapandemien i 2009 utfordret tilliten (34), synes den å ha vært bedre ivaretatt under pandemien 2020–2022 da en meget stor andel av den norske befolkningen lot seg vaksinere (35).

Å følge *tillitsprinsippet* er viktig da et tap av tillit vil kunne undergrave viktig folkehelsearbeid og også undergrave *helsemaksimeringsprinsippet* og *effektivitetsprinsippet*.

### *Unngå stigmatisering*

En annen vanskelig og viktig utfordring er å unngå stigmatisering i forbindelse med folkehelseiltak. Stigmatisering er ofte en uønsket bieffekt av ulike folkehelseiltak som retter seg mot spesielle grupper. Historisk har personer med hiv blitt stigmatisert, og smitte med gule stafylokokker med resistens mot betalaktamantibiotika (MRSA) har medført stigma gjennom identifisering (36). Tilsvarende har vi sett at personer med smitte under koronapandemien følte seg stigmatisert (ved mistanke om at de ikke fulgte anbefalingene). Frykten for stigmatisering kan føre til at folk ikke følger folkehelseanbefalinger, eksempelvis å la seg teste. Det kan bryte med *effektivitetsprinsippet*, *helsemaksimeringsprinsippet* og *ikke-skade-prinsippet*.

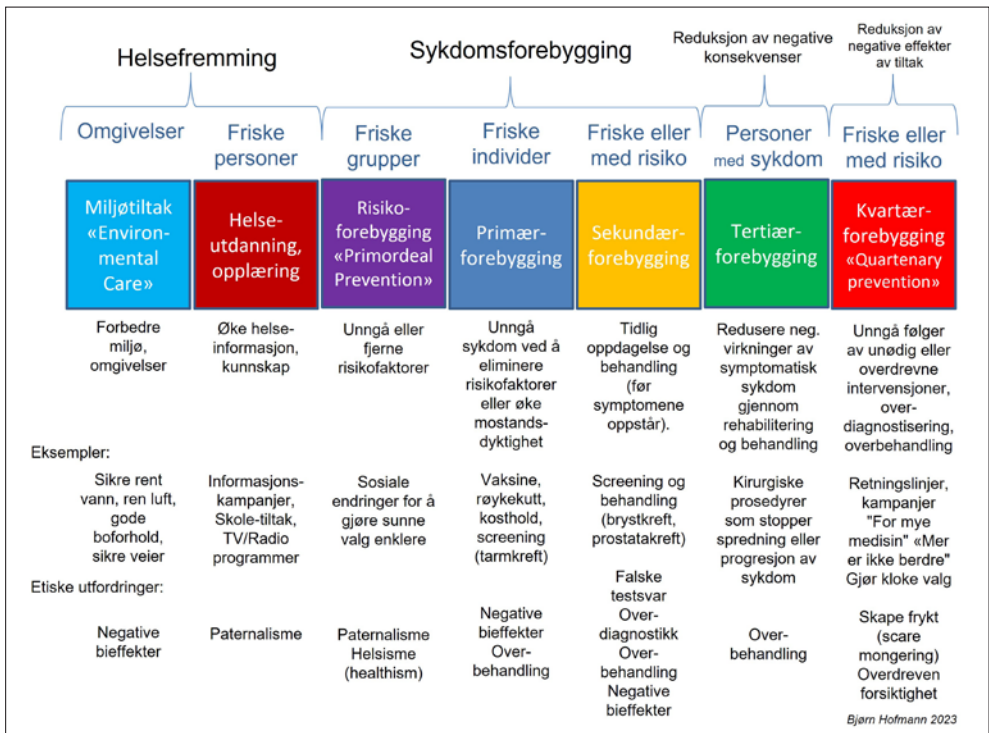
På den annen side kan stigmatisering også bedre folkehelsen, eksempelvis ved at røyking er (eller gjøres til) et stigma. Hvor langt skal man da gå i å redusere eller appellere til stigmaet?

## **Diskusjon**

I denne artikkelen har jeg definert folkehelseetikkenes kjernesporsmål og belyst dens etiske prinsipper gjennom konkrete problemstillinger innen smittevern, vaksine, helsekampanjer, helseovervåking og sykdomsforebygging. Figur 3 gir en oversikt over ulike former for folkehelsearbeid med eksempler på moralske utfordringer.

Mange aktører med brede og til dels ulike mål og interesser, kan gjøre folkehelsearbeidet utfordrende. De mange prinsippene kan stride mot hverandre – og gi vanskelige avveieringer. Det gjør folkehelseetikken utfordrende, men også spennende.

Mange folkehelseiltak er omfattende, ressurskrevende og fordrer overordnede politiske beslutninger. Overgangen mellom (folke)helsepolitikk og folkehelseetikk er derfor uklar og glidende. Dette kan være utfordrende, da



Figur 3. Oversikt over ulike former for folkehelsearbeid med eksempler på moralske utfordringer.

politikk og etikk kan legge ulik vekt på empiriske premisser (evidens), følge forskjellige verdier og ha ulike begrunnelseskrav.

Mens medisinsk etikk lenge har vært et selvstendig fag med egen forskning og undervisning, har folkehelseetikk enda ikke etablert seg som eget fag i Norge. Fra våren 2024 vil det undervises i folkehelseetikk som en del av et masterstudium i folkehelsevitenskap og epidemiologi ved Universitetet i Oslo (<https://www.uio.no/studier/program/folkehelsevitenskap-og-epidemiologi/index.html>).

Norge har generelt kommet langt i folkehelsearbeidet. Dette skyldes selvsagt at vi har hatt og brukt mye ressurser på helse sammenlignet med andre land. Men det skyldes også folkehelseetikken. Folkehelsearbeidet har nytt stor tillit. Det har også de institusjoner som har stått for arbeidet, som Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret (masseundersøkelser). En viktig grunn til tilliten, er at man har forholdt seg til folkehelseetikken prinsipper.

Det er derfor viktig at vi har god kompetanse om folkehelseetikk i årene som kommer – da vi kanskje vil møte enda større folkehelseutfordringer enn SARS-CoV-2-pandemien i 2020–2022.

Hvem skal så forvalte og utøve folkehelseetikken? Politikken har styrt folkehelsearbeidet lenge før folkehelseetikk var et begrep og et fag, og i politikken er man vant til å gjøre moralske avveininger, men politikken har også sine begrensninger og svakheter. Eksempelvis har man innført folkehelseiltak uten å kjenne nytten – eller som har vært mer skadelige enn nyttige for folkehelsen. Her kan folkehelseetikken komme inn som en viktig kilde til gode, åpne, transparente og godt begrunnede beslutninger.

## Litteratur

1. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002; 30: 170–178.
2. Dawson A. *Public health ethics*. New York: Wiley Online Library, 2008.
3. Faden R, Shebaya S. *Public health ethics*. I: Zalta EN red. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Stanford, CA: Stanford University, 2016.
4. Holland S. *Public health ethics*. New York: John Wiley & Sons, 2015.
5. Bayer R, Fairchild AL. The genesis of public health ethics. *Bioethics* 2004; 18 : 473–492.
6. Kass NE. An ethics framework for public health. *American journal of public health* 2001; 91: 1776–1182.
7. H Barrett D, W Ortmann L, Dawson A, et al. *Public health ethics: cases spanning the globe*. London: Springer, 2016.
8. Verweij M, Dawson A. Public Health Ethics. *International Encyclopedia of Ethics*. Chichester: Wiley-Blackwell Publishing. 2013: 4220–4230.
9. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine* 2006; 5: 101–117.
10. Schröder-Bäck P, Duncan P, Sherlaw W, et al. Teaching seven principles for public health ethics: towards a curriculum for a short course on ethics in public health programmes. *BMC Medical Ethics* 2014; 15: 1–10.
11. International Commission of Jurists. *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*. New York: American Association for the International Commission of Jurists, 1984.
12. Anand S, Peter F, Sen A. *Public health, ethics, and equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
13. Coughlin SS. How Many Principles for Public Health Ethics? *Open Public Health J* 2008; 1: 8–16.
14. Council NB. *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics, 2007.
15. MacKay K. Public Health Virtue Ethics. *Public Health Ethics* 2021; 15: 1–10.

16. Feiring E, Førde R, Holm S. *Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.
17. Regjeringen. *Folkehelse*. Oslo: Regjeringen; 2023 <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/> (15.7.2023)
18. US Preventive Services Task Force United States. Office of Disease Prevention Health Promotion. *Guide to clinical preventive services: report of the US Preventive Services Task Force*. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Office of Public Health, 1996.
19. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary*. New York: Taylor & Francis, 2019: 9-12.
20. Coggon J, Gostin LO. The two most important questions for ethical public health. *Journal of Public Health* 2020; 42: 198-202.
21. Piller, *prioritering og politikk – Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* NOU 1997: 7.
22. Faden R, Shebaya S, Siegel A. *Public health programs and policies: ethical justifications*. New York: Oxford University Press, 2019.
23. Soled D. Public health nudges: weighing individual liberty and population health benefits. *Journal of medical ethics* 2021; 47: 756-760.
24. Feiring E, Solberg CT. Prioritering av koronavaksine: Råd og prosess. *Michael* 2021; 18: 49-59.
25. Nielsen TH. Det statsliberale dilemma. Nye teknologier og gamle verdier i norsk biopolitik. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2005; 22: 198-211.
26. NTB. Skadelig røykekampanje. NRK. 2003. <https://www.nrk.no/norge/--skadelig-royekampanje-1.508387> (15.7.2023)
27. Wifstad Å. *Folkehelseetikk*. I: Magelssen M, Førde R, Lillemoen L red. *Etikk i helse-tjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020: 160-168.
28. Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework. *Journal of epidemiology and community health* 2014; 68: 288-290.
29. Blanco-Montenegro I, De Ritis R, Chiappini M. Imaging and modelling the subsurface structure of volcanic calderas with high-resolution aeromagnetic data at Vulcano (Aeolian Islands, Italy). *Bulletin of Volcanology* 2007; 69: 643-659.
30. John S. Why the prevention paradox is a paradox, and why we should solve it: A philosophical view. *Preventive medicine* 2011; 535: 250-252.
31. Torstensen MD. Jeg fikk anoreksi etter at helsesøster veide meg. *Dagbladet*. 2015. <https://www.dagbladet.no/kultur/jeg-fikk-anoreksi-etter-at-helsesoster-veide-meg/60176613> (15.7.2023)
32. Lantz PM, Lichtenstein RL, Pollack HA. Health policy approaches to population health: the limits of medicalization. *Health affairs* 2007; 26: 1253-1257.
33. Skolbekken J-A. *Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality*. I: Petersen A, Wilkinson I red. *Health, risk and vulnerability*. London: Routledge, 2007: 26-39.

34. Brekke OA, Ludvigsen K, Bjørkdahl K. Handling og usikkerhet. Norske myndigheters kommunikasjon om svineinfluensapandemien i 2009. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 2017; 33: 54-77.
35. Sætrevik B, Bærøe K, Carlsen B, et al. Nordmenn stolte på myndighetenes informasjon og tiltak i starten av koronapandemien. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2021; 24: 1-16.
36. Ploug T, Holm S, Gjerris M. The stigmatization dilemma in public health policy-the case of MRSA in Denmark. *BMC Public Health* 2015; 15: 1-10.

*Bjørn Hofmann*  
*b.m.hofmann@medisin.uio.no*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*Postboks 1130 Blindern*  
*0318 Oslo*

*Bjørn Hofmann er professor i medisinsk filosofi og etikk ved Universitetet i Oslo og ved Institutt for helsevitenskap ved NTNU på Gjøvik.*

## **English summary**

### **Public health ethics**

With the corona pandemic of 2020–2021, public health ethics went from being a narrow topic for those with special interests to becoming a general issue. How much can the liberty and rights of individuals be restricted? How much burden can be imposed on low-risk individuals (such as children and adolescents)? Who should have access to vaccines first and how should they be distributed globally? Questions that previously seemed academic and theoretical suddenly became practical and pressing. Accordingly, public health ethics is a separate established field that has not received the attention it deserves.

This article provides an overview of the field. It is based on the fundamental ethical question of public health ethics, which is: how should the interests of individuals be weighed against the interests of society at large? The article uses specific challenges in public health work to shed light on the ethical principles, norms, and values of public health ethics and how they apply in various public health measures.