

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Prioritering – Medikalisering

Vol. 22 / 1 / 2025



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.

The editors



Michael Skjelderup portrayed by Johan Gørbitz (1782–1853)

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 22 / 1 / 2025

Prioritering – Medikalisering



Michael 2025; 22: 1–96



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Det norske medisinske Selskab 2025
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2025

Innhold

Leder

Helsetjenester og prioriteringer – hvor går veien videre?

Jan Frich 7

Medikaliseringens firedobbelte makt

Bjørn Hofmann 12

Tema

Diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin i Norge

Ingebjørg Rikhardsen, Henrik Vogt 17

Bruk av prioriteringskriteriene på gruppe- og individnivå

Jan Frich, Carl Tollef Solberg 29

Evaluering av nye intervensjoner – helsetjenesteperspektiv
eller samfunnsperspektiv?

Hans Olav Melberg 38

Prioritering er mer enn å rangere behandlinger

Berit Horn Bringedal 43

Artikkel

Lindrende sedering i livets slutfase:
forslag til revisjon av retningslinjene

Lars Johan Materstvedt, Olav Magnus Sondenå Fredheim 52

Bokanmeldelser

Legelivet 2.0

Jo-Endre Midtbu 60

For kategorisk om kroppens rytmer

Harald Hrubos-Strom 62

Medisinsk etikk med behov for begrepshjelp <i>Berge Solberg</i>	64
Fortsatt forarget aktivist <i>Arvid Heiberg</i>	66
Interessant om kirurgi og kirurger <i>Steinar Solberg</i>	68
Doktor og pasient samtidig <i>Karin Isaksson Rø</i>	70
Et lite stykke Norge – vekst og fall for Sauda sjukehus 1917–1999 <i>Øivind Larsen</i>	72
Mitt liv som tunghørt <i>Magne Nylenna</i>	74
Fire nådeløse uker i Gaza <i>Stein A. Evensen</i>	76
Godt arbeidsmiljø – suksessfaktor også i helsetjenesten <i>Geir Riise</i>	78
Forskingsbasert om helsekompetanse <i>Torstein Hole</i>	80
Hva skjer?	
Tidsskriftet <i>Eyr</i> som julegave fra Cappelen Damm <i>Magne Nylenna, Øivind Larsen</i>	82
Pål Gulbrandsen ny redaktør i Michael <i>Redaksjonen</i>	86
Det norske medisinske Selskab 2024 <i>Magne Nylenna</i>	87
Forsvar for norsk forskningspråk <i>Øivind Larsen, Erlend Hem</i>	94
Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren <i>Rettelse</i>	96

Helsetjenester og prioriteringer – hvor går veien videre?

Michael 2025; 22: 7–11

doi: 105617/michael.12107

Regjeringen har bebudet en ny prioriteringsmelding våren 2025. Den kommende meldingen fører seg inn i en rekke utredninger, meldinger og rapporter. Hvor går veien videre?

Da Kåre Willoch's regjering i 1985 oppnevnte Inge Lønning (1938–2013) til å lede et utvalg for å utrede prioritering i helsevesenet, ble det starten på en lang rekke prioriteringsutvalg, -utredninger og -rapporter.

I 1987 kom utredningen *Retningslinjer for prioritering innen norsk helse-tjeneste* som foreslo en tilnærming med fem *prioriteringsnivåer* (1). Utvalget påpekte at sykdomstilstander var ulike, ved at de i forskjellig grad ville gi alvorlige konsekvenser for individer eller samfunnet, hvis de ikke ble diagnostisert og behandlet. Det høyeste prioriteringsnivået dekket tiltak som var nødvendige på grunn av «livstruende konsekvenser for enkeltpersoner, pasientgrupper eller samfunnet som helhet, dersom de ikke iverksettes øyeblikkelig». Nivå fem – *null prioritet* – dreide seg om helsetjenester som var etterspurte, men som verken var nødvendige eller hadde en dokumentert nytteverdi. «Å prioritere betyr å si *nei* til noe», poengterte utvalget.

Brundtlands regjering oppnevnte i 1996 et nytt prioriteringsutvalg (Lønning-II-utvalget). I 1997 forelå utredningen *Prioritering på ny* (2). Utvalget foreslo en tilnærming med eksplisitte prioriteringskriterier: *Tilstandens alvorlighet, tiltakets forventede nytte og tiltakets kostnadseffektivitet* (hvor kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte). Utvalget foreslo at man burde bruke en tilnærming med fire *prioriteringsgrupper*: 1) grunnleggende helse-tjenester, 2) utfyllende helsetjenester, 3) lavt prioriterte tjenester og 4) tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlige finansierte helsetilbudet.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965), som var sekretær for Lønning-II-utvalget, ledet arbeidet med enda en ny utredning, *Åpent og rettferdig – priorite-*

ringer i helsetjenesten, som kom i 2014 (3). Dette utvalget formulerte fire hovedprinsipper for god prioritering: 1) Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». 2) Prioriteringer bør følge av klare kriterier. 3) Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning. 4) Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler. Norheim-utvalget foreslo videre at prioritering burde skje med utgangspunkt i kriteriene *helsegevinst, ressurser og helsetap*. Begrepene helsegevinst og helsetap ble problematisert i den offentlige debatten, og det var ulike syn på om helsetapet for den enkelte skulle beregnes i et helhetlig livs- eller fremtidsperspektiv.

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i 2015 en arbeidsgruppe, ledet av Jon Magnussen (f. 1959), som fikk i oppdrag å vurdere *alvorlighet* som kriterium (4). Magnussen-gruppen argumenterte for bruk av alvorlighet fremfor begrepet helsetap og at alvorlighet som hovedregel burde operasjonaliseres i form av absolutt prognosetap (tap av gode leveår i et fremtidsperspektiv). I 2016 ga Stortinget sin tilslutning til at de tre prioriteringskriteriene *nytte, ressursbruk og alvorlighet* skulle gjelde ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten (5).

I 2017 oppnevnte Solberg-regjeringen et utvalg for å utrede kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget, som ble ledet av Aud Blankholm (f. 1947), foreslo at man skulle legge til grunn de samme tre prioriteringskriteriene som i spesialisthelsetjenesten, men at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet suppleres, slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. (6). Utvalget begrunnet forslaget med at det å fremme mestring var et sentralt mål for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ved behandling av meldingen i 2022 vedtok Stortinget at kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet også skulle gjelde i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (7).

Jonas Gahr Støres regjering har bebudet en ny prioriteringsmelding i 2025. Meldingen skal blant annet vurdere betydningen av persontilpasset medisin for prioritering og hvordan vi kan sikre åpenhet og etterprøvnbarhet om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (8). Regjeringen nedsatte i 2023 tre ekspertgrupper som ble bedt om å utrede spesifikke spørsmål knyttet til åpenhet, tilgang til nye metoder og unntaksordninger samt vurdere hvilke perspektiver som bør ligge til grunn i helseøkonomiske analyser av nytte og kostnader. Rapportene ble overlevert helse- og omsorgsministeren 15. februar 2024.

Ekspertgruppen for åpenhet og prioritering anbefalte, i tråd med Norheim-utvalgets anbefaling, mer åpenhet om prioriteringer og dokumentasjonen som nasjonale og gruppebaserte beslutninger hviler på. Gruppen

anbefalte ikke åpenhet om legemiddelpriser av hensyn til de besparelsene som anbudsprosesser viser seg å gi. Gruppen foreslo å involvere medisinske eksperter mer i prioriteringsbeslutninger og understreket viktigheten av at helsepersonell som skal prioritere i møte med enkeltpasienter i klinikken, får opplæring i prioritering (9).

Ekspertgruppen for tilgang og prioritering anbefalte å innføre en ordning for vurdering av individuell tilgang til behandling som Beslutningsforum har sagt nei til å innføre en behandling (10). Gruppen anbefalte ikke å åpne for at privatfinansiert behandling kan utgjøre et selvstendig grunnlag for tilgang til behandling som ikke er innført i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Ny molekylærbiologisk kunnskap og teknologi utfordrer vår klassifisering av sykdom og kunnskap som er utviklet med utgangspunkt i store grupper. Hvordan skal vi forholde oss til ny genterapi som koster tosfrede millionbeløp, og som skal gis som engangsbehandling, uten at langtidseffektene er godt dokumentert? Gruppen vurderte at resultatbaserte prisavtaler kunne bidra til økt tilgang til ny behandling, særlig ved sjeldne diagnoser.

Ekspertgruppen for perspektiv og prioritering anbefalte at hovedregelen bør være at man vurderer nytten av en metode med utgangspunkt i effektene for pasientene, men at det kan åpnes for en utvidet analyse med et samfunnsperspektiv, der det er relevant (11). I et samfunnsperspektiv tar man hensyn til virkningen et tiltak har i andre sektorer, eller for andre personer i samfunnet. Det var ulike syn i gruppen på hva som skal telles med og ikke i slike analyser.

Hvor går veien videre? Bør flere tiltak i helsetjenesten mer systematisk være til gjenstand for prioriteringer, slik Bringedal etterlyser i en kronikk i dette nummeret av *Michael* (11). Bør man i større grad bruke et samfunnsperspektiv når man vurderer å innføre ulike tiltak i helsesektoren? Dette spørsmålet drøfter Melberg (13). Frich & Solberg diskuterer problemstillinger i spenningsfeltet mellom prioriteringer på gruppe- og individnivå (14): Er det behov for å et mer «sensitivt» prioriteringssystem for å fremme likebehandling? Hvordan skal usikkerhet om nytte håndteres? Kan involvering av klinikere og andre eksperter bidra til å redusere usikkerhet om dokumentasjon av nytte i arbeidet med metodevurderinger? Dette er noen av spørsmålene som vil prege diskusjonen om prioritering fremover, i en tid hvor presisjonsmedisin (persontilpasset medisin) gir mulighet for ny og mer individtilpasset behandling.

Den amerikanske filosofen Norman Daniels (f. 1942) videreutvikler John Rawls teori om rettferdighet. I boken *Just health* argumenterer han for at det overordnede målet med prioritering ikke først og fremst handler om

likeverdige helsetjenester, men å fremme likhet i helse (15). Daniels mener at grunnleggende behov og helse står i en særstilling moralsk sett, fordi helse er en forutsetning for menneskers mulighet til livsutfoldelse. I Norge er det, som i andre land, ulike syn på begreper som likhet og rettferdighet når det gjelder spørsmål om fordeling av samfunnets ressurser. Skal vi første og fremst vektlegge likebehandling eller likeverdig behandling, eller skal vi prioritere tiltak for å fremme likhet i helse? Hvilket perspektiv vi anlegger, har stor betydning for hvilke spørsmål som blir relevante, og om arenaen for prioritering er helse- og omsorgstjenesten eller hele samfunnet. Norge har en svært god helsetjeneste og en levealder som overgår de fleste andre land (16). Daniels ville kanskje spørre om ressursene vi bruker i norsk helsetjeneste, kunne gitt større effekt i form av gode leveår andre steder i verden.

Prioritering skjer alltid i en politisk sammenheng og i en gitt kontekst. Derfor vil spørsmål om prioritering i helsevesenet aldri kunne reduseres til et rent teknisk anliggende. I Norge er vi kommet et godt stykke på 40 år. I 2022 sluttet Stortinget seg til felles prioriteringskriterier på tvers av nivåene i helsetjenestene. Dette var en viktig milepæl. Fremover blir det viktig å videreutvikle systemene for prioritering i tråd med den medisinske utviklingen, og med økt vekt på åpenhet og involvering. Vi bør også legge bedre til rette for diskusjoner om prioritering på tvers av tjenestenivåene (17). Det blir viktig å styrke helsepersonells kompetanse i prioritering og deres evne til å håndtere krevende beslutninger i klinikken. Fremover må vi bli bedre til å avvikle tjenester med lav eller ingen dokumentert nytte. Vi må også bli bedre til å forholde oss til det Lønning-utvalget pekte på allerede i 1987: Å prioritere betyr å si *nei* til noe.

Litteratur

1. NOU 1987: 23. *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. <https://www.nb.no/items/eba24a34a2dd190d925925fc9d902cc4> (23.12.2024)
2. NOU 1997: 18. *Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. <https://www.nb.no/items/d88ac1e5988d21dcf5323eb2ef37c69a> (23.12.2024)
3. NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. <https://www.nb.no/items/6d24cace8a81282795f54918bc44168d> (23.12.2024)
4. *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf (23.12.2024)
5. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (23.12.2024)

6. NOU 2018: 16. *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153> (23.12.2024)
7. Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf> (23.12.2024)
8. Slik gir du innspill til regjeringens arbeid med ny prioriteringsmelding. Regjeringen.no 19.12.2023. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-gir-du-innspill-til-regjeringens-arbeid-med-ny-prioriteringsmelding/id3019322/> (28.12.2024)
9. *Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse: rapport fra ekspertgruppen Åpenhet nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/25e68f9ffe6c44009580dfa987e805a7/no/pdfs/apenhet.pdf> (23.12.2024)
10. *Rapport fra ekspertgruppen om tilgang og prioritering: rapport fra ekspertgruppen tilgang og prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f38f4193129d44b29af58771894cf7b7/no/pdfs/tilgang.pdf> (23.12.2024)
11. *Perspektiv og prioriteringer: Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/38d8db98a53f4302b1a762e3a4671d64/no/pdfs/perspektiv.pdf> (16.12.2024)
12. Bringedal BH. Prioritering er mer enn å rangere behandlinger. *Michael* 2025; 22: 43–51. <https://doi.org/10.5617/michael.12112>
13. Melberg HO. Evaluering av nye intervensjoner – helsetjenesteperspektiv eller samfunns-perspektiv? *Michael* 2025; 22: 38–42. <https://doi.org/10.5617/michael.12111>
14. Frich J, Solberg CT. Bruk av prioriteringskriteriene på gruppe- og individnivå. *Michael* 2025; 22: 29–37. <https://doi.org/10.5617/michael.12110>
15. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
16. Nylenna M. Verdens beste – eller god nok? *Michael* 2024; 21: 10–22. <http://doi.org/10.5617/michael.10943>
17. Frich J. Hvordan legge til rette for prioritering på tvers av nivåene i helsevesenet? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2024; 10: 238–240. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.16>

Jan Frich
 jan.frich@medisin.uio.no
 Institutt for helse og samfunn
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1089 Blindern
 0317 Oslo

Jan Frich er professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i *Michael*. Frich ledet ekspertgruppen om tilgang og prioritering.

Medikaliseringens firedobbelte makt

Michael 2025; 22: 12–16

doi: 10.56175/michael.12108

Finnes det grenser for medisinenes makt? Ja, hevder kritikere. Man overskrider en grense når alminnelige aspekter ved livet gjøres til et medisinsk anliggende – når man medikaliserer. Denne utgaven av Michael inneholder en artikkel som viser hvordan kosmetisk medisin medikaliserer menneskers utseende ved å definere nye diagnostiske kategorier. Ved å avsløre medikaliseringens mekanismer reiser den spørsmål om medisinenes grenser og makt. Gjennom medikalisering får medisinen definisjonsmakt over hva som er virkelig og viktig, den får kunnskapsmakt og handlingsmakt. Hvordan skal medisinen forvalte og begrense sin makt? Det handler om fagets essens og etos.

Ingebjørg Rikhardsen & Henrik Vogt publiserer i denne utgaven av *Michael* en nyskapende og spennende artikkel (1). De viser hvordan kosmetisk medisin innfører nye diagnostiske kategorier og derved utvider sitt virkefelt ved å medikalisere utseende. Alminnelige utseendemessige kjennetegn blir omtalt i diagnoselignende termer og gjort til gjenstand for medisinske kategorier og intervensjoner.

Medikaliseringens kritikk

Medikalisering oppsto som et begrep for å kritisere moderne medisin på 1960- og 1970-tallet og knyttes særlig til forfattere som Ivan Illich (1926–2002), Irvin Kenneth Zola (1935–1994), Michel Foucault (1926–1984), Ronald D. Laing (1927–1989), Thomas Szasz (1920–2012) og andre (2–3).

Faglitteraturen er rik på eksempler på alminnelige menneskelige fenomener som er blitt medikalisert; som sjenanse, sorg, tristhet, kjærlighet, avhengighet, død, fattigdom, aldring, graviditet, overgangsalder, fødsel, spedbarnsernæring, seksuell funksjon, humør, (barns) atferd, kriminalitet og estetiske kjennetegn (3–4), for å nevne noen.

Kjernen i kritikken har ofte vært at dette er alminnelige tilstander, som verken individ eller samfunn er tjent med at underlegges medisins makt. Men hva er medikalisering?

Medikalisering er blitt definert på mange ulike måter. Tabell 1 gir noen eksempler på slike definisjoner og viser at mens noen definisjoner brukes for å avsløre maktforhold og underliggende medisinske rasjonalitetsformer, setter andre søkelyset på omdefinering av menneskelige problemer til medisinske anliggender.

Tabell 1. Eksempler på definisjoner av medikalisering

Definisjonstype (ut fra grunnleggende egenskaper)	Eksempler på definisjon
Dominans, autoritet (medisinsk imperialisme, sosial kontroll)	“the expansion of medical authority into the domains of everyday existence” (5). “extension of medical authority beyond a legitimate boundary” (6). Utvidet social kontroll: “On a practical level ‘medicalization’ refers to the phenomenon that (healthy) persons tend to adjust their life and life-style according to medical information, advice and procedures” (7). Se også (8).
Omdefinering av menneskelige problemer til medisinske problemer	“‘Medicalization’ describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders” (9). “Medicalization describes a process by which human problems come to be defined and treated as medical problems” (10). “Medicalization occurs when human problems or experiences become defined as medical problems, usually in terms of illnesses, diseases, or syndromes” (11). Using medical terms for “normal life:” “terms such as ‘health’, ‘(un)healthy’, and ‘illness’ are used for ‘new’ areas: behaviour, properties, events and problems which used to be part of normal life” (7, 2).
Underliggende rasjonalitetsformer eller ideologier (kombinert med å omdefinere menneskelige problemer)	“Medicalization ... involves the application of a biomedical model that sees health as freedom from disease and is characterised by reductionism, individualism, and a bias toward the technological” (12).

I tråd med ulike perspektiver (og drivere) av medikalisering har det utviklet seg egne begreper, slik som farmakalisering (pharmaceuticalization), biomedikalisering og genetisering (3, 4). Medikalisering begrepet har også blitt knyttet til menneskeforbedring (6, 13), slik Rikhardsen & Vogt (1) også er inne på.

Sykdomssalg

Rikhardsen & Vogt peker også på et annet viktig fenomen som er knyttet til medikalisering: sykdomssalg (disease mongering). Det tradisjonelle eksempelet er at et medisinsk-teknisk firma har en test eller at farmasøytisk industri har en behandling for et målbart fenomen, for eksempel testosteronnivå. De fremmer lavt testosteron (Low-T) som en sykdomsdiagnose som de selger tester og behandlinger for (14).

I offentlig dominerte helsetjenester har sykdomssalg blitt oppfattet som et mindre problem, men med et økende privat helsemarked, gjør det seg gjeldende i økende grad. Dette ser vi tydelig i private tannhelsetjenester der man «finner opp» tilstander, oppgaver og oppdrag (15).

Richardsen & Vogt avdekker hvordan helsepersonell kan tilby behandling for disse ved å definere diagnostiske kategorier. Som det står på en av nettsidene: «Et ansiktsløft (facelift) kan være løsningen for deg hvis du har slapp hud, dype rynker, trette øyne eller synkende kinn, eller du føler at aldriingsprosessen tar fra deg uttrykket i ansiktet.» (<https://cosmoclinic.no/>)

Det er ingen tvil om at det er etterspørsel etter ulike former for medikalisering, slik som kosmetisk kirurgi (3). Samtidig er det viktig å merke seg at etterspørselen er drevet av generelle (estetiske) normer i samfunnet, og at et tilbud bidrar til å forsterke disse normene. I tillegg kan medisinen være med på å fremme slike normer nettopp gjennom å etablere og spre diagnostiske kategorier, som Rikhardsen & Vogt har avdekket. Det kan selvsagt skje mer eller mindre fordekt: «Jeg ser du har litt X», og «Vi kan også hjelpe deg med Y».

En utfordring med medikalisering av allmenne eller sosiale fenomener er at sosiale problemer individualiseres (16). Når den enkelte underlegges medisinske kategorier, ansvarliggjøres den enkelte og samfunnet fritas for ansvar. Dersom barns manglende evne til å sitte stille på skolen gjøres til en diagnose, fritas skolen og politikerne fra ansvaret for å tilpasse skolen til elevene.

Det medikaliserte mennesket

Den britiske sosiologen Nicholas Rose hevder at medikalisering «har gjort oss til de menneskene vi er», på tre måter (6). For det første gjennom medisinsk stimulert infrastruktur og måter å organisere menneskelivet på. Vannforsyning, kloakksystemer, vaksinasjon osv. har gitt oss «medisinske livsformer». For det andre forklares et bredt spekter av sosiale fenomener og gis mening i medisinske termer. For det tredje har medisinsk ekspertise blitt utvidet til mange områder av livet, som død, sorg og reproduksjon (6). Vi forstår oss selv i økende grad i medisinske termer.

Som medisinsk forståtte individer blir medikalisering også en måte å øke fenomeners betydning på. Fenomener blir viktige dersom de kan for-

klares i medisinske termer. Med det har medikaliseringen endret funksjon fra å «gjøre noe til et medisinsk anliggende» til å «gjøre noe virkelig». I dag kan det hevdes at medikalisering like mye som å gjøre noe til et medisinsk anliggende, handler om å gi noe aksept og status ved å gjøre det medisinsk. Med det mister også medikaliseringsbegrepet noe av sin kritiske kraft (4). Å medikalisere noe endrer dets status gjennom å gjøre det virkelig og viktig.

Det er nettopp dette som gjør Rikhardsen & Vogts artikkel så interessant, fordi den viser viktige elementer av denne prosessen – hvordan det å sette diagnostiske kategorier på alminnelige (utseendemessige) fenomener – bidrar til å gjøre fenomener som «fettansamling på hals» og «trette øyne» til virkelige fenomener, som fortjener oppmerksomhet, og som medisinen kan avhjelpe.

Firedobbel makt

Med dette gir medikalisering medisinen firedobbel makt: Medisinen får definisjonsmakt både over hva som er virkelig, og hva som er viktig (*ontologisk* og *normativ* makt). Dernest får den *kunnskapsmakt* gjennom å produsere kunnskap om de fenomener den har definert som medisinske anliggender. For det fjerde får medisinen *handlingsmakt* gjennom sin myndighet til å diagnostisere og behandle.

Alle disse maktformene virker inn på faglig identitet, status og prestisje. Men de reiser også spørsmål om faglig integritet og hvorvidt medikaliseringen faller utenfor medisinenes domene. Er det medisinenes oppgave å endre folks selvfølelse gjennom kroppslige intervensjoner (11)? Skaper og forsterker det problemer mer enn å løse dem?

Norsk forening for allmennmedisin har sammen med Tannlegeforeningen utarbeidet et policydokument som klart setter grenser for medikalisering av utseende (18). Der heter det at «[k]osmetisk behandling, uten medisinsk eller odontologisk indikasjon, er ikke forenlig med god, profesjonell praksis og bør ikke tilbys av allmennleger eller tannleger». Det vitner om grensebevissthet og verdivalg.

Rikhardsen & Vogts artikkel handler om hvordan man skaper medisinske indikasjoner gjennom å etablere diagnostiske kategorier, og den er således en studie av medikaliseringens mekanismer. Studien bidrar til refleksjon over medisinenes mål – og derved dens essens og etos.

Litteratur

1. Rikhardsen I, Vogt H. Diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin i Norge. *Michael* 2025; 22: 17–28.
2. Zola I. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 1972; 20: 487–504.

3. Ballard K, Elston M. Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Sociological Theory Health* 2005; 3: 228–241.
4. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, health care, and philosophy* 2016; 19: 253–264.
5. Metzl JM, Herzog RM. Medicalisation in the 21st century: introduction. *Lancet* 2007; 369: 697–698.
6. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369: 700–702.
7. Verweij M. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics* 1999; 13: 89–113.
8. Davis JE. *Medicalization, social control, and the relief of suffering*. In: Cockerham W, editor. *The new Blackwell companion to medical sociology*. Chisester: Blackwell Publisher; 2010: 211–241.
9. Conrad P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
10. Sadler JZ, Jotterand F, Lee SC, Inrig S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theoretical medicine and bioethics* 2009; 30: 411–425.
11. Conrad P, Barker KK. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 2010; 51: S67–S79.
12. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action* 2014; 7. doi: 10.3402/gha.v7.23998
13. Cipolla C. Why we cannot consider ourselves Darwinists anymore (Why Dunant won over Darwin). *Salute e Società* 2010; 9: 138–142.
14. Doran E, Henry D. Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease. *Internal Medicine Journal* 2008; 38: 858–861. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01814.x
15. Moezzi M, Hofmann BM. Helsepersonell eller selger? *Den norske tannlegeforenings tidende* 2023; 133: 192–200.
16. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual review of Sociology* 1992; 18: 209–232.
17. Hofmann B. Surgery beyond bodies: Soul surgery and social surgery. *Frontiers in Surgery* 2022; 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.950172>
18. Den norske tannlegeforening og Norsk forening for allmenmedisin. *Policydokument – Kosmetisk behandling i allmenmedisin og odontologi*. Oslo, 2021. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c46428eab86661e/policydokument-kosmetisk-behandling-.pdf> (20.12.2024)

Bjørn Morten Hofmann
b.m.hofmann@medisin.uio.no
 Senter for medisinsk etikk
 Institutt for helse og samfunn
 Universitetet i Oslo
 0318 Oslo

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

Diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin i Norge

Michael 2025; 22: 17–28

doi: 10.56175/michael.12109

Bakgrunn: Kosmetisk medisin er et voksende felt som reiser faglige og etiske spørsmål. Det finnes ingen formell nosologi eller annen systematisk oversikt over diagnostiske kategorier som brukes innen kosmetisk medisin. Formålet med denne studien var derfor for første gang å kartlegge, systematisere og beskrive begrepsapparatet som kosmetisk medisin benytter i Norge i dag, og slik gi grunnlag for faglig og etisk diskusjon.

Materiale og metode: Vi utførte en kvalitativ innholdsanalyse av et materiale fra nettsidene til 13 tilbydere av kosmetisk medisin i Norge. Tekstene ble gjennomlest for å identifisere diagnostiske kategorier som så ble systematisert i overordnede kategorier etter hvilken kroppsdel de var knyttet til.

Resultater: Vi fant 135 diagnostiske kategorier som kan oppfattes som unike, fordelt på 20 ulike kroppsdelar.

Konklusjon: Den kosmetiske medisinen i Norge har i dag et omfattende, uoffisielt begrepsapparat som eksisterer parallelt med de offisielle medisinske nosologiene.

Kosmetisk eller estetisk medisin og kirurgi (heretter «kosmetisk medisin») er en raskt voksende praksis utført eller muligjort av leger (1–3). Historisk har kosmetisk medisin først og fremst brukt kirurgiske metoder (4), men nye, mindre invasive teknologier som botulinumtoksin (Botox) og hudfyllstoffer («fillers») muliggjør at flere legegupper, for eksempel allmennleger, kan tilby slike tjenester samt at nye kroppslige fenomener behandles (3, 5, 6).

Profesjoner defineres til dels av sine oppgaver og formål. Medisinen har tradisjonelt hatt som uttalt mål å lindre, kurere eller forebygge tilstander som defineres som sykdom, og slik forbedre folks helse (7). Den kosmetiske

medisinen kan per definisjon sies å rette seg mot noe annet – å *forbedre* utseende og aldersnormale tilstander som *ikke* kan regnes som sykdom. Dette reiser faglige og etiske spørsmål om dens plass i medisinfaget (8, 9). Et viktig grunnlag for faglig og etisk diskusjon er en forståelse av hvilke tilstander medisinske fag retter seg mot. Medisinen har utviklet en omfattende nosologi der diagnostiske kategorier defineres (10). Når det gjelder kosmetisk medisin, foreligger det imidlertid intet formelt diagnostisk system eller annen helhetlig oversikt over diagnostiske kategorier. Vi ønsket derfor å kartlegge og systematisere begrepsapparatet som den kosmetiske medisinen i Norge benytter seg av i dag, og beskrive dette. Hensikten var å gi et innblikk i et faglig område som ikke tidligere er kartlagt, og fremme faglig og etisk diskusjon.

Materiale og metode

Vi analyserte et tekstmateriale hentet fra nettsidene til 13 tilbydere av kosmetisk-medisinske tjenester i Norge.

Materiale

Kosmetisk medisin er et felt som i all hovedsak opererer i et privat marked, og som i betydelig grad kan antas å formes av hvilke tilstander klientene ønsker en inngripen mot. I tråd med vårt formål om å fremme faglig diskusjon anså vi derfor et materiale som reflekter det diagnostiske språket som tilbyderne bruker overfor klienter, som relevant. Vi valgte tekst fra tilbydernes hjemmesider som materiale. Gjennom Google-søk ville vi identifisere populære og store tilbydere som dekker mye av etterspørselen i Norge. Vi ekskluderte nettsider som ikke inneholdt noen informasjon som kunne kodes, men kun for eksempel priser på inngrep. Målet var ikke et materiale som inkluderte alle aktører i Norge, eller som garanterte innblikk i alle diagnostiske kategorier bransjen benytter, men som likevel kunne gi et gyldig bilde av kosmetisk medisins begrepsapparat.

For å finne relevante tilbydere anså vi det hensiktsmessig å benytte et konkret tilbud innen kosmetisk medisin som søkeord fremfor et mer abstrakt begrep som «estetisk medisin» eller «kosmetisk kirurgi». Vi valgte først å bruke søkeordet «filler». Dette er en svært vanlig prosedyre som vi antok ville identifisere de fleste av de store og mest populære aktørene på feltet. Til sammen forventet vi at disse aktørene ville dekke de fleste av prosedyrene som utføres i Norge i dag, og dermed også det tilhørende diagnostiske språket. Fem nettsider ble først inkludert ved hjelp av dette søkeordet og dernest ytterligere fem (totalt ti) (tabell 1). På bakgrunn av analysen av disse ti tilbydernes nettsider og vår egen forkunnskap spurte vi oss om hvilke legespesialiteter som kunne tenkes å tilby kosmetiske prosedyrer, som vi til da ikke

hadde fått dekket. Vi tenkte her på maxillofacial kirurgi som en kandidat, og brukte søkeordet «kjevekirurgi» i Google for å finne klinikker som drev med dette. Søket ga Kirurgiklinikken, som beskrev tjenester innen «kosmetisk ansiktskirurgi», som øverste treff. Vi inkluderte relevante undersider herfra. Vi hadde allerede et materiale som omfattet kvinnelige genitalier, men ut fra analysen så langt var vi usikre på om disse kategoriene var knyttet til kosmetisk medisin eller ikke. Vi brukte søkeordet «klitorisoperasjon» for å lokalisere klinikker som drev med prosedyrer rettet mot kvinnelige genitalier. Blant treffene fant vi Hud- og laserklinikken som tydelig utførte kosmetiske inngrep. Vi inkluderte relevant tekst fra deres hjemmeside. Da det var klart at kosmetiske inngrep ble utført mot kvinnelige genitalier, ble det nærliggende også å søke etter klinikker som kunne utføre kosmetiske inngrep rettet mot mannlige genitalier. Vi lokaliserte klinikker som driver med slike inngrep med søkeordet «penisforlengelse». Sidene til C Spesialist var det første treffet i søket, og vi inkluderte relevante sider herfra (se tabell 1).

En tilbyders hjemmeside består gjerne av flere undersider, hver med sin spesifikke nettside (URL). Materialet vårt bestod i sum av 484 slike undersider, hver nedlastet og lagret som en pdf-fil. Materialet ble inkludert inntil vi opplevde saturering (metning) i analysen, altså at de samme kategoriene gjentok seg ved nye inklusjoner, mens det ikke dukket opp nye. Materialet ble samlet inn høsten 2022 og våren 2023.

Søkeord	Klinikk	Nettside	Undersider
Filler	Femlone Aesthetic Clinic	www.femlone.com	10
	Akademi-klinikken	www.akademiklinikken.no	60
	Volvat	www.volvat.no	53
	Aleris	www.aleris.no	92
	Beauty Medical	www.beautymedical.no	12
	Aviva Helse	avivahelse.no	52
	Novela-klinikken	www.novelaklinikken.no	22
	Cosmo Clinic	cosmoclinic.no	52
	Vanity Beauty Clinic	www.vanityclinic.no	5
	Klinikk A	klinikk-a.no	25
Kjevekirurgi	Kirurgi-klinikken	www.kirurgiklinikken.no	13
Klitoris-operasjon	Hud- og laserklinikken	hudoglaserklinikken.no	86
Penis-forlengelse	C Spesialist	www.cspesialist.no	2

Tabell 1. Søkeord, nettsider og antall undersider med spesifikke URL-adresser inkludert per klinikk/nettside.

Kvalitativ analyse og systematisering

Vi gjennomførte en kvalitativ innholdsanalyse av materialet (11, 12). Tekstene ble lastet opp i NVivo (versjon 1.7.1) og gjennomlest for å identifisere alle ord og uttrykk som kunne fortolkes som diagnostiske kategorier. Hver gang en diagnostisk kategori forekom, knyttet vi den til en kode. Kodingen var tekstnær, tekstenes egne uttrykk ble brukt som grunnlag for kodebetegnelser.

Hver kategori som vi fortolket som unik, det vil si refererende til en avgrenset tilstand, svarte til én spesifikk kode. Diagnostiske ord og uttrykk vi fortolket som synonyme, det vil si refererende til samme tilstand, ble slått sammen under én kode (for eksempel ble «tap av volum i bryster» og «slunkne bryst» kodet med «små bryster»). For hver kategori valgte vi det synonymet som forekom hyppigst i materialet. Hvis alle synonymene var nevnt like hyppig, valgte vi det begrepet vi oppfattet som mest selvforklarende eller allment kjent.

Kodene ble generert induktivt fra materialet under lesningen. Vi ønsket å presentere funnene på en oversiktlig måte som er gjenkjennelig for helsepersonell. Vi ønsket også å synliggjøre hvor mange av kategoriene som er knyttet til hvilken del av kroppen, og å kunne sammenligne våre funn med diagnoser brukt innen andre spesialiteter. Vi valgte derfor å systematisere alle de identifiserte kategoriene i overordnede kategorier (kapitler) etter hvilken overflattisk kroppsdel de kunne knyttes til. Systematiseringen var inspirert av strukturen i Verdens helseorganisasjons diagnosesystem, ICD (International classification of Diseases) (13, 14). Hver kategori ble dermed tildelt en kode bestående av to tall (x,y), der x representerte den overordnede kategorien/kroppsdel, og y den spesifikke diagnostiske kategorien knyttet til denne kroppsdel.

Sammen med de diagnostiske begrepene kodet vi også et større tekst-avsnitt som inneholdt kontekst. Dette ga grunnlag for vurdering av hvilke kategorier som var unike, og hvilke som var synonyme, hvilke som hadde medisinsk indikasjon, og dessuten hvordan tilbyderne beskriver hver kategori som et problem.

Vi valgte å ekskludere tilstander med tradisjonell medisinsk behandlingsindikasjon, altså de som medfører funksjonstap utover det kosmetiske, eller som er forårsaket av eller ledd i skade eller sykdom. Diagnostiske kategorier i en gråsoner mellom det som åpenbart ikke kan regnes som sykdom eller skade, og det som har medisinsk indikasjon, utgjorde en metodologisk hovedutfordring. Det er ingen fasit for hva som kan sies å ha medisinsk indikasjon. Tilbydere av kosmetiske tjenester kan utføre inngrep med medisinsk indikasjon, også på oppdrag fra et offentlig helsevesen med kapasitet

tetsproblemer. Vi valgte som hovedregel å ekskludere tilstander som behandles i det norske, offentlige helsevesenet, ettersom kosmetiske tilstander oftest ikke behandles her. Likevel inkluderte vi utstående ører fordi dette behandles offentlig som et unntak, kun av kosmetiske hensyn (15). Vi ekskluderte også kategorier som kan innebære et funksjonstap, og derfor behandles i den offentlige helsetjenesten, men som også kan behandles kun av kosmetiske grunner (for eksempel fuglebryst og traktbryst) (16). På den annen side inkluderte vi kategorier som kan beskrives som en utviklingsforstyrrelse, når tilstanden ble behandlet primært fordi den er et kosmetisk problem (for eksempel «tubulære bryster») (17). Vi ekskluderte tilstander når de er resultat av en sykdom eller skade, og valgte derfor å ekskludere alle arr selv om slike til dels kan ses som en normal del av livet og ofte ikke behandles i det offentlige (18). Vi vurderte det som for utfordrende å skille mellom arr med og uten medisinsk indikasjon, og vi fant ikke underkategorier av arr som kun kunne knyttes til kosmetisk virksomhet. Diagnostiske kategorier knyttet til graviditet ble inkludert der de til en viss grad kunne forventes ved en normal graviditet (19, 20). Vi ønsket generelt å inkludere aldersnormale tilstander. Diagnostiske kategorier relatert til aldring som normal livsprosess ble dermed inkludert. Vi ekskluderte kosmetiske tilstander forårsaket av menneskelige inngrep, for eksempel tatoveringer og uønskete kosmetiske konsekvenser av kosmetiske inngrep.

Til sist valgte vi å ekskludere «subjektive» mentale tilstander som den kosmetiske medisinen eksplisitt retter seg mot, for eksempel dårlig selvillit og selvfølelse. Kun «somatiske» tilstander er inkludert. Grunnen er at vi regner med at alle som benytter seg av kosmetiske tjenester, har en form for subjektiv misnøye med utseendet. Det diagnostiske språket for dette kommer imidlertid dårlig frem i vårt materiale fordi fokuset er på somatiske, kosmetiske forhold.

Resultater

Vi identifiserte 135 unike diagnostiske kategorier svarende til kroppslige tilstander som den kosmetiske medisinen retter seg mot. Disse kunne knyttes til 20 overordnede kategorier eller kapitler svarende til ulike kroppsdeler (tabell 2).

Kapittel/ kroppsdel	Antall kategorier	Diagnostiske kategorier
1 Ansikt generelt	5	1.1 Firkantet ansikt, 1.2 Lubbert ansikt, 1.3 Slitent ansikt, 1.4 Slapp hud i ansikt, 1.5 Asymmetri i ansikt
2 Panne	2	2.1 Innsunkne tinninger, 2.2 Slapp hud i pannen
3 Ører	3	3.1 Utstående ører, 3.2 Utstrakt øreflipp, 3.3 Øreflipp som sitter fast i kinn
4 Øyne	12	4.1 Tunge øyelokk, 4.2 Poser under, 4.3 Mørke ringer under øynene, 4.4 Løs hud rundt øynene, 4.5 Løs hud under øynene, 4.6 Bulende nedre øyelokk, 4.7 Trette øyne, 4.8 Puffy eyes (hevelse under øynene), 4.9 Hulhet rundt øynene, 4.10 Nedsunkne øyne, 4.11 Asiatiske øyelokk, 4.12 Folder på øyelokk
5 Nese	11	5.1 Stor nese, 5.2 Skjev nese, 5.3 Bred nese, 5.4 Lang nese, 5.5 Krum neserygg, 5.6 Stor og rund nesetipp, 5.7 Nesetipp som peker opp, 5.8 Nesetipp som peker ned, 5.9 Asymmetriske nesebor, 5.10 Stor avstand mellom nesebor, 5.11 Humper på neseryggen
6 Kinn	4	6.1 Røde kinn, 6.2 Lite markerte kinnben, 6.3 Fettansamling i kinn, 6.4 Hamsterkinn
7 Munn	7	7.1 Tørre lepper, 7.2 Gummymile, 7.3 Asymmetriske lepper, 7.4 Sure munnviker, 7.5 Små lepper, 7.6 Svak leppekontur, 7.7 Lang avstand mellom nese og leppe
8 Kjeve	2	8.1 Udefinert kjeve, 8.2 Maskulint kjeveparti (hos kvinner)
9 Hake	5	9.1 Udefinert hake, 9.2 Løs hud på haken, 9.3 Liten hake, 9.4 Dobbelt hake, 9.5 Kløft i haken
10 Hals	3	10.1 Strenger på hals, 10.2 Kalkunhals, 10.3 Fettansamling på hals
11 Nakke/rygg	3	11.1 Buffalo hump, 11.2 Fettputer på rygg, 11.3 Løs hud på rygg
12 Bryster	11	12.1 Asymmetriske bryster, 12.2 Små bryster, 12.3 Misdannede bryster, 12.4 Store bryster, 12.5 Hengende bryster, 12.6 Tubulære bryster, 12.7 Stor areola, 12.8 Inndratte brystvorter, 12.9 Store brystvorter, 12.10 Overflødig hud på bryst, 12.11 Uekte gynekomasti (hos menn)
13 Mage	7	13.1 Rektusdiastase, 13.2 Bilringer, 13.3 Love handles, 13.4 Høye hofter, 13.5 Manglende midje, 13.6 Løs hud på mage, 13.7 Fett på mage,
14 Overekstremitet	4	14.1 Kraftige overarmer, 14.2 Grevinneheng, 14.3 Fettansamling i aksillen, 14.4 Senete hender
15 Underekstremitet	10	15.1 Slapp rumpe, 15.2 Flat rumpe, 15.3 Liten rumpe, 15.4 Asymmetrisk rumpe, 15.5 Gnissende lår, 15.6 Overskuddshud på lår, 15.7 Ridebukselår, 15.8 Fettansamling innside lår, 15.9 Fettansamling innside knær, 15.10 Fettansamling på legger
16 Kvinnelige genitalier	7	16.1 Asymmetriske kjønnslepper, 16.2 Mons pubis ptosis, 16.3 For stor klitorishette, 16.4 Store ytre kjønnslepper, 16.5 Lange indre kjønnslepper, 16.6 Små kjønnslepper, 16.7 Kosmetisk sjenerende kjønnslepper

Kapittel/ kroppsdel	Antall kategorier	Diagnostiske kategorier
17 Mannlige genitalier	2	17.1 For tynn penis, 17.2 For kort og inndratt penis
18 Hud	33	18.1 Pigmentflekker, 18.2 Cholasma, 18.3 Keratosis pilaris, 18.4 Fødselsmerker, 18.5 Fregner, 18.6 Føflekk, 18.7 Solskadet hud, 18.8 Utvekst, 18.9 Ujevn hud, 18.10 Rødhet i hud, 18.11 Overflødig hud, 18.12 Cellulitter, 18.13 Sliten hud, 18.14 Fet hud, 18.15 Forstørrede talgkjertler, 18.16 Grå og gusten hud, 18.17 Livløs hud, 18.18 Uren hud, 18.19 Tørr hud, 18.20 Sensitiv hud, 18.21 Tynn hud, 18.22 Store porer, 18.23 Sorte prikker, 18.24 Aldret hud, 18.25 Strekkmerker, 18.26 Rynker og linjer, 18.27 Problemhud, 18.28 Svette i armhulen, 18.29 Ansikts-svette, 18.30 Klamme hender, 18.31 Uønsket hårvekst, 18.32 Dårlig hårkvalitet, 18.33 Hårtap
19 Kar	2	19.1 Telangiektasier, 19.2 Åreknuter
20 Generelt	2	20.1 Uønsket fett, 20.2 Uproporsjonal kropp

Tabell 2 Oppsummering av de diagnostiske kategorier vi fant innen kosmetiske medisin med antall diagnostiske kategorier per overordnet kategori knyttet til kroppsdelen.

Hud (som også inkluderer hår) er den kroppsdelen som er knyttet til flest diagnostiske kategorier, med 33. Vi valgte å dele ansiktet og hodet inn i en generell del og ulike mindre deler. Summerer man opp fra disse første ni overordnede kategoriene, får man 51 kategorier. Nesten to tredjedeler (84) av de diagnostiske kategoriene er altså knyttet til hud, ansikt og hode.

Majoriteten av kategoriene refererer til overfladiske tilstander som behandles med mindre invasive inngrep, for eksempel botulinumtoksin og hudfyllstoffer. En minoritet er imidlertid rettet mot underliggende vev og benstrukturer og innebærer mer invasive prosedyrer. Dette dreier seg om kategorier knyttet til øre, nese, og kjeve og hake (kapittel 3, 5, 8 og 9) samt bryster (kapittel 12), kvinnelige (kapittel 16) og mannlige genitalier (kapittel 17) samt kategorier knyttet til rumpe under underekstremiteter (som er gjenstand for prosedyren «brazilian butt lift» eller «rumpeløft»).

I 18 kategorier var tilbydernes egne beskrivelser og definisjoner eksplisitt koblet til aldring. Eksempler på slike aldersrelaterte kategorier knyttet til hode og ansikt, er firkantet ansikt (1.1) beskrevet som en følge av tap av elastisitet i underhud samt gravitasjon, og mørke ringer under øynene (4.3) som skyldes synlige vener gjennom huden, samt hamsterkinn (6.4). Hamsterkinn er i materialet beskrevet som slapp hud som henger i nedre del av ansiktet, og minner om en hamster eller «hamsterposer». Eksempler på aldersrelaterte kategorier som omhandler kroppen ellers, er hengende bry-

ter (12.5), grevinneheng (14.2) og senete hender (14.4). Grevinneheng er beskrevet som løs hud under overarmer som henger. Mer generelt er mange av kategoriene i materialet knyttet til svakhet, slapphet, heng, sig, tyngde, posethet, løshet, ned- og innsynkning i hud og kroppens overflate. Mange av disse kategoriene kan fortolkes som forbundet med aldring.

Asymmetri er en gjenganger i åtte kategorier: ansikt (1.5), nesebor (5.9), lepper (7.3), bryster (12.1), rumpe (15.4), kjønnslepper (16.1) og også kategorien uproporsjonal kropp som har generell kroppslig asymmetri som et synonym (20.2).

De diagnostiske kategoriene i materialet er knyttet til begge kjønn, men med flere kategorier knyttet spesifikt til kvinner. Dette er kategoriene som er knyttet til bryster og kvinnelige genitalier, men også kategoriene maskulint kjeveparti (8.2), rektusdiastase (13.1), høye hofter (13.4), manglende midje (13.5), flat rumpe (15.2) og cellulitter (18.12). Maskulint kjeveparti er beskrevet som en tilstand hvor tygging har ført til at kjeven får et mer maskulint preg. Flat rumpe (15.2) er beskrevet som en tilstand som både kan være medfødt og følge graviditet eller slanking. Samtidig beskrives rumpeløft som noe som etterspørres av kvinner som ønsker en rumpe lik kjendisen Kim Kardashian. Rektusdiastase (13.1) omtales også som mam-mamage.

Tilsvarende er kun kategorien uekte gynekomasti (12.11) spesifikt knyttet til menn i materialet, ved siden av to kategorier forbundet med mannlige genitalier – for tynn (17.1) og for kort/inndratt (17.2) penis. Én kategori er eksplisitt omtalt å gi assosiasjoner til en mindre sterk personlighet – liten hake (9.3), mens udefinert kjeve (8.1) og udefinert hake (9.1) også kan fortolkes som knyttet til menn og styrke.

Én kategori bruker eksplisitt trekk forbundet med etnisitet – asiatiske øyelokk (4.11).

En betydelig andel av kategoriene er knyttet enten til fettansamlinger eller overvekt/fedme. Dette gjelder fettansamlinger i kinn (6.3), hals (10.3), rygg (11.2), mage (13.7), aksille (14.3), innside lår (15.8), innside knær (15.9), legger (15.10) og kategorien fett på diverse områder (20.1). Overvekt og fedme er eksplisitt knyttet til kategoriene lubbent ansikt (1.2), dobbelt-hake (9.4), uekte gynekomasti (12.11), rektusdiastase (13.1), kraftige overarmer (14.1), og mons pubis ptosis (16.2), også kalt stort venusberg, som benevner at området mellom magen og kjønnsorganet hos kvinner oppleves som for fremtredende.

Flere kategorier er samtidig knyttet til *vekttap*: Løs hud på haken (9.2), løs hud på rygg (11.3), hengende bryster (12.5), løs hud på mage (13.6), grevinneheng (14.2), slapp rumpe (15.1) og flat rumpe (15.2).

Seks kategorier er eksplisitt beskrevet å gi et uheldig uttrykk av slitenhet, tretthet, uopplagthet, surhet eller sinne: Slapp hud i ansiktet (1.4), tunge øyelokk (4.1), poser under øynene (4.2), trette øyne (eller slappe øyne) (4.7), sure munnviker (7.4) og sinnarynke som faller inn under kategorien rynker eller linjer (18.26). Sure munnviker er beskrevet som en tilstand der hjørnene på munnen henger ned, og gir et misfornøyd uttrykk. Et synonym er marionettelinjer.

Tre av kategoriene er metaforer hentet fra dyrs utseende: hamsterkinn (6.4), kalkunhals (10.2), altså mye hud på halsen, og buffalo hump (11.1), en fettansamling mellom nakke og rygg. Kategorier kan også være metaforer knyttet til andre kroppsdelene. Kløft i haken (9.5) er synonymt med « rumpehake». En tilbyder definerer kløften som et problem fordi det gir assosiasjoner til rumpesprekken.

Kun et mindretall av kategoriene er på latin eller gresk. Fem kategorier er på engelsk: babyface som er et synonym for lubbert ansikt (1.2), buffalo hump (11.1), puffy eyes (4.8) som er en hevelse under øynene, gummysmile (7.2), et smil som viser mye tannkjøtt, manglende jawline (8.1), et synonym for udefinert kjeve, og love handles (13.3), en opphopning av fett over hofter/midje.

Diskusjon

Så vidt vi vet presenterer denne artikkelen den første systematiske kartleggingen av diagnostiske kategorier brukt innen kosmetisk medisin i Norge og også internasjonalt.

Studien viser at den kosmetiske medisinen har et omfattende, ikke-formalisert begrepsapparat av diagnostiske kategorier. Vi har ikke hatt ambisjon om en komplett oversikt, og vi utelukker ikke oversette kategorier. Vi anser det likevel som sannsynlig at vårt system gir et gyldig bilde av et begrepsapparat som grunnlag for faglig refleksjon og diskusjon i tråd med vårt formål.

Historisk har medisinske diagnoser ofte hatt doble navn, ett navn i mer formell språkdrakt (gresk eller latinsk) og ett med mer folkelig språk (norsk eller engelsk) (21). Språklig er de fleste av kategoriene på norsk og ofte beskrevet i folkelige og lett forståelige termer. Delvis kunne vi forvente dette da vi brukte tilbydernes nettsider som materiale, men det kan også tolkes som et uttrykk for at den kosmetiske medisinen diagnostiske språk mer enn medisinen øvrige språk er utviklet i samspill med klienter i et marked. Det reflekterer det folk oppfatter som kosmetiske problemer og brukes også aktivt i markedsføring av kosmetiske tjenester.

Medikalisering

Diagnostiske kategorier er viktige verktøy i medisinen. De er problembeskrivelser og intervensjonsindikasjoner som angir en tilstand som noe medisinske profesjonelle kan befatte seg med. Medikalisering kan defineres som en prosess der aspekter ved menneskelivet eller menneskekroppen beskrives i medisinske termer eller blir gjenstand for medisinske intervensjoner (22, 23). Hvis medikalisering forstås på denne måten, er det en form for medikalisering å definere ulike aspekter ved menneskers utseende som diagnostiske kategorier. Våre funn reflekterer at en omfattende medikalisering av utseende kan være grunnlag for en etisk diskusjon om negative og positive effekter på individ- og samfunnsnivå, veid opp mot pasienters autonomi og spørsmål om rettferdighet og prioritering (24). Funnene viser at medikaliseringen blant annet er knyttet til aldring, trekk ved kvinnekroppen, etnisitet, trekk som fortolkes som uttrykk for svakhet, og kroppslige trekk forbundet med sinnsstemninger.

Hvorvidt kosmetisk medisin faller utenfor medisinenes mål og grenser, er et medisinsk-filosofisk spørsmål (8, 9). Allmennheten og legeprofesjonen har tradisjonelt sett på medisin som et fag definert av diagnostikk, behandling og forebygging av sykdom, skade og lyte (25). Begrepsapparatet vi har avdekket, faller i betydelig grad utenfor det som tradisjonelt har vært omfattet som medisinenes domene. Begrepsapparatet er forbundet med «menneskeforbedring», på engelsk «human enhancement» (26).

Styrker og svakheter i metoden

En svakhet ved materialet er at det representerer kategorier slik de blir brukt på tilbydernes hjemmesider. Dette reflekterer ikke nødvendigvis begrepsbruken tilbyderne bruker seg imellom, eller det begrepsapparatet de aktuelle fagfolkene ville benyttet i en formalisert nosologi.

Vårt materiale omfattet nettsidene til 13 tilbydere. Vi kan ikke utelukke at et større og mer mangfoldig materiale kunne avdekket flere tilstander. Spesielt kan det tenkes at vi kunne fanget opp flere kategorier rettet mot minoriteter, ettersom vi konsentrerte oss om store aktører som retter seg mot de største kundegruppene.

Valget om å ekskludere (for eksempel alle arr) eller inkludere (for eksempel utstående ører) tilstander i gråsonene mellom kosmetikk og medisinsk indikasjon er utfordrende og vil kunne vurderes annerledes av andre. Hvilke kategorier som er unike eller synonyme, er likeledes basert på vår fortolkning. Vi utførte ingen test av reliabilitet i kodingen (samsvar mellom observatører eller interrater-variabilitet). Dette øker risikoen for at andre kodere ville inkludert eller ekskludert andre kategorier.

Identifiseringen og systematiseringen av de diagnostiske kategoriene er basert på vår generelle innsikt i hva en diagnostisk kategori er, og hvordan diagnosesystemer er strukturert, og ikke spesialkompetanse innen utvikling av medisinske nosologier.

Konklusjon

I den første studien i sitt slag har vi identifisert og systematisert diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin. Resultatet viser et omfattende, ikke-formalisert begrepsapparat på siden av etablerte medisinske nosologier.

Litteratur

1. Rønold IT. Et spørsmål om estetikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2019; 139: 360–363. doi: 10.4045/tidsskr.19.0114
2. Johansen V, Andrews T. Markedsføring av kosmetiske inngrep – en kvalitativ analyse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2021; 141(8) doi: 10.4045/tidsskr.20.0766
3. Leclerc O, Peters N, Scaglione A, Waring J. From extreme to mainstream: The future of aesthetics injectables. [Internett]. McKinsey & Company. 20. desember 2021. <https://www.mckinsey.com/industries/life-sciences/our-insights/from-extreme-to-mainstream-the-future-of-aesthetics-injectables> 4.7.2024
4. Miller CC. *The correction of featural imperfections*. 1.utgave. Chicago: Charles Conrad Miller; 1907.
5. Joint Council for Cosmetic Practitioners. *What constitutes a medical, medically related or cosmetic procedure?* Mai 2021. [https://www.jccp.org.uk/ckfinder/userfiles/files/Medical%20cosmetic%20definitions%20paper%20may%202021\(1\).pdf](https://www.jccp.org.uk/ckfinder/userfiles/files/Medical%20cosmetic%20definitions%20paper%20may%202021(1).pdf) 4.7.2024
6. Wilson J. *Cosmetic Surgery is on the rise with technology and Hollywood is at the center of it*. Forbes. 18.januar 2023. <https://www.forbes.com/sites/joshwilson/2023/01/18/cosmetic-surgery-is-on-the-rise-with-technology-and-hollywood-is-at-the-centre-of-it/?sh=1161eae21d91> 4.7.2024
7. Den norske legeforening. *Etiske regler for leger*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> 18.12.2023
8. Nuttfield Council of Bioethics. *Cosmetic procedures: ethical issues*. London: Nuttfield Council on Bioethics; 2017.
9. Vogt H, Pahle A. Legeprofesjonens (kosm)etiske problem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2019; 138(13); 1218–2019. doi: 10.4045/tidsskr.18.0607
10. Hem E. *Nosologi*. Store medisinske leksikon. <https://sml.sn.no/nosologi> 12.1.2024
11. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62: 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
12. Mayring P. Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung forum: Qualitative Social Research*. 2000; 1(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
13. World Health Organization. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. 2024. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en> 4.7.2024
14. World Health Organization. *ICD-10 version: 2019*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en> 4.7.2024

15. Oslo universitetssykehus. *Utstående ører, operasjon*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/utstaende-orer-operasjon/> 21.11.2024
16. Johannessen T. *Traktbryst* Norsk elektronisk legehåndbok. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ortopedi/tilstander-og-sykdommer/nakke-rygg-og-bryst/traktbryst> 29.11.2023
17. Akademiklinikken. *Tubulære bryster og andre spesielle brystfasonger*. <https://www.akademiklinikken.no/behandlinger/tubulare-bryst-spesielle-brystfasonger/> 18.12. 2023
18. Langeland T. *Arr*. Store norske leksikon. <https://sml.sn.no/arr> 30.11.2023
19. Nesheim B. *Graviditet*. Store norske leksikon. <https://sml.sn.no/graviditet> 18.12.2023
20. Husøy S. *Sannheten om mammakroppen*. Norsk rikskringkasting. 6. September 2010. <https://www.nrk.no/livsstil/sannheten-om-mammakroppen-1.7275377> 18.12.2023
21. Bruusgaard D, Braut GS. *Diagnose*. Store Norske Leksikon. <https://sml.sn.no/diagnose> 2.11.2024
22. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. 1. utgave. Baltimore: Johns Hopkins University press; 2007.
23. Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2016; 19(2): 307–323. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9683-8>
24. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 8. utgave. Oxford: Oxford University Press; 2019.
25. Braut GS. *Legevitenenskap*. Store Norske Leksikon. <https://sml.sn.no/legevitenenskap> 30.11.2023
26. Juengst E, Moseley D. *Human Enhancement* [Internett]. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/enhancement/> 4.7.2024

Ingebjørg Rikhardsen
ingebjorg.rikhardsen@studmed.uio.no
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
0372 Oslo

Ingebjørg Rikhardsen er medisinstudent ved Universitetet i Oslo.

Henrik Vogt
henrik.vogt@medisin.uio.no
Avdeling for samfunnsmedisin og global helse
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
0317 Oslo

Henrik Vogt er førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Bruk av prioriteringskriteriene på gruppe- og individnivå

Michael 2025; 22: 29–37

doi: 10.5617/michael.12110

De tre prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet skal vurderes samlet for både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgshelsetjenesten, og de skal gjelde på gruppe- og individnivå. To sentrale spørsmål blir dermed: Hvilke problemstillinger oppstår i spenningsfeltet mellom prioriteringer på gruppe- og individnivå? Og i særdeleshet, hvordan forholder de tre prioriteringskriteriene seg til hverandre på gruppe- og individnivå?

Gjennom behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* (1) og Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten* (2) har Stortinget gitt sin tilslutning til at prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet skal legges til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. I denne kronikken vil vi først omtale de tre kriteriene og bruken av disse på gruppe- og individnivå med bakgrunn i metodevurderinger og helseøkonomiske analyser. Deretter diskuterer vi hvordan ulike former for heterogenitet i grupper gir opphav til nye etiske utfordringer (3).

Nyttekriteriet

Meld. St. 34 (2015–2016) og Meld. St. 38 (2020–2021) har fastsatt at et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Forventet nytte vurderes ut fra kunnskapsbasert praksis og tilsier at tiltaket kan øke pasientens livskvalitet og/eller livslengde gjennom økt sannsynlighet for overlevelse, forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon eller reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

I Norge benytter vi kvalitetsjusterte leveår (også kalt gode leveår eller QALYs (quality-adjusted life years)) som mål på nytte. *Kvalitetsjusterte leveår* er en måleenhet for hvilken overordnet helseeffekt et tiltak har og

kan benyttes for å sammenlikne nytten av ulike tiltak for én og samme pasientgruppe eller på tvers av forskjellige tilstander i ulike pasientgrupper. Noen tiltak forlenger liv, andre forbedrer liv, og mange tiltak gjør begge deler. Noen tiltak gir en kortvarig forbedring, mens andre gir langvarig bedring. I QALY-systemet svarer tallet 1 til perfekt helse (forstått som fravær av sykdom) og tallet 0 til død. Tilstander mellom 0 og 1 svarer til ulike grader av helserelatert livskvalitet. QALY-systemet gjør det mulig å prioritere mellom ulike tiltak (4).

Ved vurderingen av en ny behandlingsmetode er man opptatt av hvor mye større nytten målt i kvalitetsjusterte leveår forventes å bli, sammenliknet med den eksisterende behandlingen. Tallgrunnet for den nye behandlingsmetoden er gjerne basert på randomiserte kliniske studier, hvor man måler helseforbedringen i en intervensjonsgruppe sammenliknet med en kontrollgruppe. Oppmerksomheten vil da være på *effekten* eller *mereffekten* av den nye behandlingsmetoden målt i kvalitetsjusterte leveår. Effekten eller mereffekten representerer den direkte nytten av tiltaket. Nyttekriteriet innebærer at jo større denne nytten er, desto høyere prioritet skal tiltaket ha, hvis alt ellers er likt.

I det norske prioriteringssystemet er det gjengs praksis å anlegge et helse-tjenesteperspektiv hvor nytten sidestilles med den direkte helseeffekten for den enkelte, basert på et mål for gjennomsnittlig nytte i gruppen individet tilhører (som kan være pasienter med en gitt medisinsk diagnose). I tråd med føringene fra Meld. St. 34 (2015–2016) kan imidlertid indirekte helseforbedringer for pårørende telles med i beregning av nytte i relevante tilfeller. Det ville også vært mulig å anlegge et utvidet samfunnsperspektiv på nytte hvor indirekte effekter for pårørende og samfunnet ble tatt med i nytte-regnskapet. Det pågår for tiden en diskusjon om vi i fremtiden skal anlegge et helsetjenesteperspektiv eller samfunnsperspektiv ved prioriteringer i helse-tjenesten (5).

Ressursbruk

Effekten eller mereffekten (nyttens) av et tiltak skal alltid sammenholdes med ressursbruken. Ressurskriteriet innebærer at jo mindre ressurser et tiltak legger beslag på, desto høyere prioritet skal tiltaket gis. I beregninger av ressursbruk, for eksempel bemanning eller bruk av utstyr for å gjennomføre en behandling, vil man i en helseøkonomisk analyse søke å uttrykke den samlede ressursbruken i form av kostnaden i kroner. Dermed kan man vurdere forholdet mellom kostnaden og effekten i form av en kostnad-effekt-ratio.

Når man sammenlikner en ny behandling med et alternativ, kan man beregne IKER (*inkrementell kostnad-effekt-ratio*) som uttrykker hvor mye mer ressurser som trengs for å oppnå den tilleggseffekten det nye tiltaket gir. Dersom kostnaden per vunnet QALY er lavere enn en gitt terskelverdi, ofte omtalt som samfunnets «betalingsvillighet», betrakter man tiltaket som kostnadseffektivt, noe som normalt vil medføre at det nye tiltaket gis prioritet, og innføres i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. I motsatt fall, dersom kostnaden per vunnet QALY overstiger denne terskelverdien, anses ikke tiltaket å være kostnadseffektivt, og man vil i utgangspunktet ikke anbefale det nye tiltaket for offentlig finansiering.

Alvorlighet

På bakgrunn av vurderingene til henholdsvis Magnussen-arbeidsgruppen (6) og Blankholm-utvalget (7) har man i Meld. St. 34 (2015–2016) og Meld. St. 38 (2020–2021) foreslått at et tiltaks prioritet skal øke i tråd med alvorlighetsgraden av tilstanden. På gruppenivå er alvorlighetsgrad operasjonalisert som «absolutt prognosetap» (absolute-QALY-shortfall), som betyr de kvalitetsjusterte leveårene man forventes å tape, som følge av den aktuelle sykdomstilstanden. En klinisk forståelse av alvorlighetskriteriet innebærer imidlertid at en tilstands alvorlighet vurderes ut fra risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon, graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, eller smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

For alle praktiske formål vil absolutt prognosetap være det samme som fremtidig helsetap. Som samfunn kan vi være villige til å forsake noe total nytte for å kompensere grupper og enkeltmennesker som risikerer å tape særlig mange gode leveår som følge av alvorlige sykdommer. Vi anser det som grunnleggende mer urettferdig å bli rammet av sykdommer som gir store helsetap sammenlignet med sykdommer som gir små helsetap. En begrunnelse for bruk av absolutt prognosetap er at man gjennom dette kan ta ekstra hensyn til mennesker med særlig dårlige livsutsikter. På denne måten bidrar det norske alvorlighetskriteriet indirekte til å redusere ulikheter i helse. Det norske alvorlighetskriteriet sier at jo større det absolutte prognosetapet er, målt ved tapte kvalitetsjusterte leveår, desto høyere ressursbruk er man villig til å akseptere for å vinne ett ekstra godt leveår. Uttrykt på en annen måte øker samfunnets «betalingsvillighet» per QALY med sykdommens alvorlighetsgrad.

Hovedgrupper og undergrupper

I praksis vil mange tiltak som ikke er blitt gjenstand for en eksplisitt prioritering, allerede være tatt i bruk i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder nye legemidler, er det imidlertid krav om at det alltid skal gjennomføres en metodevurdering hvor dokumentasjonen på et tiltaks nytte, ressursbruk og tilstandens alvorlighetsgrad blir gjenstand for vurdering. I Norge er de tre prioriteringskriteriene nå godt innarbeidet i systemet for Nye metoder og blåreseptordningen. Beslutningene om å innføre nye tiltak skal baseres på de tre prioriteringskriteriene hvor tallgrunnlaget ofte kommer fra studier hvor en gruppe som blir gjenstand for tiltaket (intervensjonsgruppe), sammenliknes med en gruppe som ikke får tiltaket, eller bruker etablert behandling (kontrollgruppe).

Hovedregelen for metodevurderinger er at vurderingen av nytte og alvorlighetsgrad er basert på pasientpopulasjoner i kliniske studier, som samsvarer med «målpopulasjonen». For legemidler er målpopulasjonen gitt gjennom legemiddelets godkjente indikasjon, jamfør markedsføringstillatelsen. I praksis er det ofte hele populasjonen(e) i studien(e) som inngår i dokumentasjonsgrunnlaget for godkjent indikasjon.

Vi velger å bruke begrepet *hovedgruppe* når vi omtaler hele den aktuelle målpopulasjonen, og begrepet *undergruppe* når vi omtaler en nærmere avgrenset del av hovedgruppen. Hvis vi for eksempel betrakter pasienter med lungekreft som en hovedgruppe, kan vi forestille oss at vi identifiserer undergrupper definert etter alder, kjønn og eventuelle andre biologiske eller kliniske karakteristika, som kan ha betydelig bedre (eller dårligere) effekt enn gjennomsnittet i gruppen (hovedgruppen). I neste omgang vil det innen en undergruppe, som for eksempel er definert gjennom kliniske karakteristika, kunne identifiseres ytterligere undergrupper med bestemte biologiske karakteristika som har relevans i en behandlingsmessig sammenheng. Innen kreftområdet er vi inne i en utvikling hvor kreftens biologiske profil og biomarkører, uavhengig av organ, blir mer relevant for behandlingen enn den kliniske diagnosen (3).

Tallene for effekten av tiltaket vil som regel dreie seg om nytten for pasientene i hovedgruppen, noe som da uttrykker hvor stor helsegevinst som kan forventes. Når det gjelder ressursbruk, er det snakk om gjennomsnittskostnader per pasient, mens alvorlighet er målt som gjennomsnittlig absolutt prognosetap blant pasientene i hovedgruppen.

Heterogenitet

Prinsippet om likebehandling står sentralt i alt prioriteringsarbeid. Dette prinsippet innebærer at like tilfeller skal behandles likt, med mindre en moralsk relevant forskjell skulle tilsi noe annet. I Norge har Stortinget bestemt at moralsk relevant forskjell først og fremst betyr en betydelig forskjell i nytte, ressursbruk og/eller alvorlighetsgrad. Det vil ikke være aksep-

tabelt å behandle pasienter ulikt på bakgrunn av kjønn, religion, hudfarge eller utseende. Men pasienter kan behandles ulikt på bakgrunn av betydelige forskjeller i tilstandens nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Et sentralt spørsmål blir dermed: Hvordan bør vi forholde oss til tilfeller hvor det er betydelig variasjon eller heterogenitet i nytte, ressursbruk og/eller alvorlighetsgrad i en gruppe?

Utgangspunktet for alt prioriteringsarbeid er at vi beslutter og rangerer tiltak med positiv forventet nytte. Stillingtagen til tiltak der den forventede nytten er tilnærmet null, eller endog negativ, handler på sin side om overbehandling og behandlingsbegrensning. For tiltak med en positiv forventet nytte kommer ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet til anvendelse. Grunnlaget for nyttekriteriet er som nevnt kunnskapsbasert medisin. Ett av formålene med slik kunnskapsbasert medisin er å forsøke å predikere fremtidsutfall av sykdommer og tiltak. Fortiden er fiksert, og vi kan ha perfekt informasjon av fortidige utfall hos enkeltindivider. Fremtiden er derimot åpen, og for å predikere fremtidsutfall av sykdommer og tiltak trenger vi å se på informasjon fra grupper fremfor individer.

En ideell gruppe vil ha homogenitet for alle faktorer for nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Hvis det derimot foreligger betydelig heterogenitet i pasientgruppen, kan dette utfordre både gyldigheten av gruppebasert dokumentasjon og likebehandlingsprinsippet. I første rekke dreier det seg om å identifisere karakteristika ved pasienter der nytten av behandlingen avviker betydelig fra gjennomsnittet i hovedgruppen. Med fremveksten av mer presis diagnostikk og behandling (som gjerne omtales som «persontilpasset medisin» eller «presisjonsmedisin») kan vi forvente økt kunnskap om heterogenitet når det gjelder nytte (3).

I neste omgang kan vi forestille oss heterogenitet i ressursbruk. Som regel vil det være liten variasjon i kostnader mellom pasienter, spesielt i situasjoner med behandling med legemiddel der anbefalt døgndose er identisk for alle innenfor samme behandlingsvarighet. Dette forutsetter igjen at vi har et helsetjenesteperspektiv. Et samfunnsperspektiv vil kunne gi økt heterogenitet i både nytte- og ressursbruk fordi vi øker antall relevante faktorer. Samfunnsperspektivet vil imidlertid ikke ha noen direkte innvirkning på heterogenitet i tilstandens alvorlighetsgrad.

Hvis en undergruppe viser seg å ha vesentlig større effekt av tiltaket enn den gjennomsnittsnytten som har ligget til grunn for analysen som har vist at tiltaket ikke er kostnadseffektivt, kan det kunne være aktuelt å gjøre målrettede kostnad-effekt-analyser for undergrupper. Utfordringen blir da å finne frem til hvilke karakteristika (kjønn, alder og biologiske og kliniske karakteristika) som best identifiserer de pasientene som vil ha størst nytte

av tiltaket. En utfordring ved undergrupper er begrenset tallgrunnlag for å dokumentere effekten.

Hvis vi tar undergrupper ut av en hovedgruppe, vil det ha implikasjoner for hovedgruppen. Hvis vi for eksempel identifiserer og tar ut en undergruppe (Ua) som viser seg å være vesentlig bedre enn gjennomsnittet for hovedgruppen (Ha), vil den gjennomsnittlige effekten i den gjenværende hovedgruppen (Hb) bli mindre. Følgelig kan tiltaket fremstå mindre kostnadseffektivt i den gjenværende hovedgruppen (Hb). Analyser på undergruppenivå vil kunne medføre at tiltaket blir tilbudt et mindre utvalg av pasienter, fordi tiltaket ikke lenger vurderes å være kostnadseffektivt for hovedgruppen. Tilsvarende kan man forestille seg et tiltak med en hovedgruppe (Hc) som ikke er kostnadseffektivt, men der man gjennom å identifisere og ta ut en undergruppe med svak effekt (Uc) bidrar til at den gjenværende hovedgruppen (Hd) fremstår kostnadseffektiv.

Betydelig aldersvariasjon i en gruppe vil gi heterogenitet i alvorlighetsgrad. Grunnen til dette er at det absolutte prognosetapet er en direkte funksjon av alder, hvor yngre får et større absolutt prognosetap enn eldre.

Vi ser ingen avgjørende etiske problemer med å anvende de tre prioriteringskriteriene for å analysere undergrupper i metodevurderinger. Noen ulemper med slik undergruppeanalyse er at det å løfte ut slike grupper vil kunne redusere styrken på kunnskapsgrunnlaget om effekt, at medlemmer av gjenværende hovedgruppe kan komme dårligere ut, og at slik analyse innebærer merarbeid og eventuelle forsinkelser i metodevurderingen. En fordel med målrettet bruk av undergruppeanalyser er at man kan identifisere undergrupper med god effekt av behandling, som ellers ville blitt vurdert som ikke kostnadseffektive. Hensikten med å betrakte undergrupper vil nettopp være å identifisere hvilke pasienter som har størst forventet effekt av et tiltak, hvilket er i tråd med nyttekriteriet. Når vi beveger oss videre fra undergruppe til individnivå, blir spørsmålet i hvilken grad operasjonaliseringen av de tre prioriteringskriteriene fortsatt er relevant, og eventuelt hvilke øvrige faktorer som bør vurderes.

Individnivået

Nyttekriteriet er i tråd med et maksimeringsprinsipp om å gjøre mest mulig godt. I hvilken grad et individ har *behov* for en behandling, avhenger grunnleggende sett av hvor stor positiv effekt behandlingen kan forventes å gi for denne personen (eller hvor stor helseforverring behandlingen kan forhindre). Beregningen av denne *forventede helsegevinsten* vil for det første dreie seg om hvor mange kvalitetsjusterte leveår det er tale om hvis behandlingen viser seg å virke, og for det andre hvor sannsynlig det er at denne behand-

lingen virker. I tillegg vil det kunne være usikkerhet knyttet til negative virkninger som også må tas hensyn til ved beregningen av den forventede QALY-gevinsten. Ved kliniske beslutninger på individnivå vil nyttekriteriet være like relevant som det er på hovedgruppenivå.

Vi vil alltid kunne oppnå merinformasjon om fortidig behandlingseffekt hos enkeltindivider sammenlignet med grupper. I noen enkelttilfeller observeres det en «frapperende» behandlingseffekt hos enkeltindivider. Det er ikke dermed sagt at vi oppnår merinformasjon om fremtidig behandlingseffekt hos dette individet, men det kan tenkes at individet er del av en undergruppe med økt effekt.

For alvorlighetskriteriet stiller saken seg annerledes. På individnivå oppnår vi merinformasjon om alvorlighetsgrad gjennom å få vite pasientens alder, sammenlignet med gjennomsnittsalderen i en gruppe. Hvis det er enkeltpasienter i en gruppe som er vesentlig yngre enn gjennomsnittsalderen i hovedgruppen, vil alder kunne få avgjørende vekt i en vurdering av om tiltaket skal iverksettes eller ikke.

Alternativkostnaden

Penger, personell og andre ressurser kan brukes på mange områder og har en alternativ bruk. Derfor er ressurskriteriet tett knyttet til begrepet *alternativkostnad*. Når den totale ressursrammen er gitt, vil den delen av ressursene som ett individ legger beslag på, ha alternative anvendelser for andre pasienter.

Alternativkostnaden dreier seg om hvor store tapte helsegevinster *andre pasienter* går glipp av, som følge av at de får *tilsvarende redusert tilgang* til ressurser. Hvis samfunnet overskrider grensen for «betalingsvillighet» for ett behandlingstiltak (t1), vil dette bidra til en foretrekningseffekt hvor et annet tiltak (tx) med høyere kostnadseffektivitet ikke blir gjennomført.

Den etiske utfordringen for helse- og omsorgstjenesten blir å vurdere hvor stor den forventede helsegevinsten er for individet vedkommende har foran seg, sammenlignet med hvor store tapte helsegevinster *andre tause tapere* påføres, ved at de får mindre ressurser. I prinsippet vil ressurskriteriet ha samme etiske relevans for beslutninger om tilgang til behandling på individnivå som for beslutninger om innføring av et nytt tiltak på hovedgruppenivå.

Usikkerhet

Det vil alltid knytte seg usikkerhet til hva vi kan forvente av fremtidig nytte ved ulike tiltak. Når vi ser på større grupper, vil effekter for en gruppe samlet sett kunne være ganske forutsigbar selv om det er betydelig heterogenitet i gruppen. Heterogenitet kan knytte seg til forhold som alder og dermed

absolutt prognosetap eller effekt og nytte. Når gruppebasert kunnskap og informasjon legges til grunn i behandlingen av individer, vil man kunne spørre i hvilken grad kunnskapen og informasjonen er gyldig for den enkelte. Det kan også stilles spørsmål ved om det er forhold knyttet til den enkelte eller en undergruppe som representerer en etisk relevant forskjell i en prioriteringssammenheng.

Konklusjon

Det er et overordnet mål at de tre prioriteringskriteriene skal gjelde på tvers av både områder og nivåer i den norske offentlige helse- og omsorgstjenesten. Denne kronikken handler mest om hvordan nytte, ressursbruk og alvorlighet forholder seg mellom gruppe- og individnivå. Vi mener det gir mening å ha de samme prioriteringskriteriene på både gruppe- og individnivå. Vårt anliggende har særlig vært å se på hvilken betydning dette har for metodevurderinger og helseøkonomiske analyser. For nyttekriteriet kan det være tilfeller hvor vi oppnår merinformasjon om effekt hos en undergruppe, sammenlignet med hovedgruppen. Dette tilsier at det kan være rimelig å gjennomføre undergruppeanalyser i metodevurderinger. Imidlertid er det grunn til å stille seg kritisk til at det skal være mulig å oppnå merinformasjon om forventet nytte på individnivå, sammenlignet med undergruppenivå, fordi det på individnivå vil være stor usikkerhet om forventet behandlingseffekt. Hvis prioriteringer skal være rettferdige, er det ikke tilstrekkelig at vi håper at et tiltak er nyttig; det må foreligge dokumentasjon som sannsynliggjør nytten, slik at vi med rimelig grad av sikkerhet kan si at ressursene er vel anvendt. For tilstandens alvorlighetsgrad i form av absolutt prognosetap stiller saken seg annerledes. Dette skyldes at alder er den avgjørende faktoren som gir merinformasjon om alvorlighet på et individnivå, sammenlignet med et hovedgruppenivå, og at vi ikke vil ha den samme usikkerheten om alder som vi har når det gjelder forventet nytte på individnivå. Et «sensitivt» prioriteringssystem vil inneholde mekanismer hvor etisk relevante forskjeller kan få betydning for å fremme likebehandling i tråd med prioriteringskriteriene.

Litteratur

1. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (16.12.2024)
2. St. Meld. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf> (16.12.2024)

3. *Rapport fra ekspertgruppen om tilgang og prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f38f4193129d44b29af58771894cf7b7/no/pdfs/tilgang.pdf> (16.12.2024)
4. Weinstein MC, Torrance G, McGuire A. QALYs: The basics. *Value Health* 2009; 12: S5–9. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00515.x>
5. *Perspektiv og prioriteringer: Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/38d8db98a53f4302b1a762e3a4671d64/no/pdfs/perspektiv.pdf> (16.12.2024)
6. *På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering*. Rapport for arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-ramme-alvor/id2460080/> (16.12.2024)
7. NOU 2018: 16. *Det viktigste først: Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester*. https://www.regjeringen.no/contentassets/9d3cc31cbdb14f7b8a7b11a58c3f6ef8/nou-2018_-16-det-viktigste-forst.pdf

Jan Frich
jan.frich@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 Oslo

Jan Frich er professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael. Frich ledet ekspertgruppen om tilgang og prioritering, men skriver her for egen regning.

Carl Tollef Solberg
c.t.solberg@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 Oslo

Carl Tollef Solberg er førsteamanuensis i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og gjesteprofessor ved Syddansk Universitet, Odense. Solberg var sekretariatsleder for ekspertgruppen om tilgang og prioritering, men skriver her for egen regning.

Evaluering av nye intervensjoner – helsetjenesteperspektiv eller samfunnsperspektiv?

Michael 2025; 22: 38–42

doi: 10.5617/michael.12111

Evaluering av ulike tiltak i helsesektoren har til nå i hovedsak brukt et utvidet helsetjenesteperspektiv. Det betyr at man legger vekt på de endringene man oppnår i helsetilstanden for pasienten («gode leveår»), og kostnader i helsesektoren og noen andre kategorier (blant annet reisekostnader for pasienten). Man benytter ikke et fullt samfunnsperspektiv der man også tar med endringer i utgifter knyttet til arbeid, sykefravær, uførhet eller konsekvenser i byrden for pårørende. Bør man i større grad bruke et samfunnsperspektiv når man vurderer å innføre ulike tiltak i helsesektoren?

Spørsmålet er viktig fordi svaret vil påvirke om man sier ja eller nei til ulike legemidler, medisinske produkter og andre intervensjoner. Når man for eksempel skal vurdere legemidler mot migrene, multippel sklerose og en rekke andre sykdommer, hevdes det at samfunnet også burde ta med at det er nyttig for samfunnet at man kan redusere uførhet og sykmeldinger, ikke bare nytten i form av forbedret helse og overlevelse. Andre vil hevde at det er etiske og praktiske problemer knyttet til samfunnsperspektivet som gjør at samfunnsnyttene ikke bør brukes for helsesektoren. Med denne uenigheten i bakgrunnen oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet et ekspertutvalg med mandat til å vurdere ulike etiske og praktiske konsekvenser av å bruke et helsetjenesteperspektiv eller et samfunnsperspektiv ved prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (1).

Er svaret innlysende?

I noen sammenhenger kan det virke opplagt at nytten av en intervensjon bør regnes bredere enn den rene helsegevinsten. For eksempel vil behandling av rusmisbruk delvis motiveres av konsekvenser for samfunnet: redusert kriminalitet, evne til å komme i arbeid og lignende. Samtidig oppstår det

også mulig uheldige konsekvenser dersom man bruker et samfunnsperspektiv. Et vanlig argument er at det bryter med prinsippet om likebehandling. Dersom man eksempelvis legger vekt på produksjonsgevinster, vil intervensjoner for grupper med slike gevinster komme bedre ut enn intervensjoner for grupper uten slike gevinster.

Ekspertgruppen startet med å nyansere denne oppfatningen av samfunnsperspektivet. Det handler ikke bare om produksjonsgevinster, men også om mange andre elementer, som konsekvenser for pårørende og andre sektorer enn helse (f.eks. miljø). Videre er det ikke slik at produksjonsendringer kun avgrenses til lønnet arbeid. I stedet ønsker man å bruke et mer generelt begrep der helse er viktig for samfunnsdeltagelse. Dette inkluderer pensjonister og andre som ikke er i lønnet arbeid.

Denne bredere definisjonen nyanserer oppfatningen om samfunnsperspektivet, men det eliminerer ikke den etiske friksjonen. I noen tilfeller vil samfunnsperspektivet prioritere visse intervensjoner høyere enn andre, og dette skaper ulikheter. Det betyr ikke at helsetjenesteperspektivet vinner den etiske tvekampen på walkover. Nyanseringen av hva man mener med et samfunnsperspektiv, er viktig for å unngå de mest tabloide argumentene, men det gjenstår fremdeles en etisk vurdering av perspektivene.

Etikk og perspektiv

Både helsetjeneste- og samfunnsperspektivet kan begrunnes etisk. Det er dermed ikke slik at man her har en konflikt mellom effektivitet og etikk, der det ene perspektivet er mer etisk høyverdig enn det andre. Et bedre utgangspunkt er at man har en konflikt mellom ulike etiske hensyn, som alle har gode begrunnelser.

Konsekvensetikken tilsier at når man skal velge mellom ulike alternativer, bør man velge det alternativet som samlet sett gir best resultat, etter at man har vurdert og vektet alle konsekvensene. Det betyr at man ikke bare ser på konsekvensene for én sektor (helsetjenesten) og langs én dimensjon (helse). Et etisk forsvar for denne tilnærmingen er at man da skaper en situasjon der så mange som mulig får det så bra som mulig.

Pliktetikken legger vekt på prinsippet om at ingen skal behandles ulikt etter moralsk irrelevante faktorer (i.e. likebehandlingsprinsippet). Dette prinsippet står sterkt i helsetjenesten. I Stortingsmelding 38 (2020–2021) om prioritering vektlegges likebehandling «uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet» (2). Å gi en gruppe høyere prioritet fordi de kan komme tilbake til arbeid, vil for mange bryte med prinsippet om likebehandling.

Når konsekvensetikken og pliktetikken kommer i konflikt, kan man velge den ekstreme løsningen at man legger all vekt på det ene hensynet, for eksempel at man aldri vil tillate selv små avvik fra likebehandling, uansett hvor stor gevinsten er for resten av samfunnet. I stedet for løsningen på ytterkantene, mener utvalget at man bør ha en avveining mellom alle de ulike etiske hensynene. Derfor åpner man for en anbefaling der beslutningstagerne får informasjon om noen av samfunnskonskvensene – og at disse kan vektlegges når man skal prioritere mellom ulike tiltak.

Et ekspertutvalg kan gi oversikt over etiske argumenter, men til sist er det ingen vitenskapelige svar på denne type spørsmål. Også i utvalget var det delte meninger om ulike etiske hensyn og avveiningen mellom disse, spesielt om man burde ta med produksjonsendringer i vurderingene. Men det var enighet om hovedanbefalingen der man åpnet for en sekundæranalyse med et bredere samfunnsperspektiv enn dagens utvidede helsetjenesteperspektiv.

Ikke bare etikk, takk

Man kunne valgt et samfunnsperspektiv som det eneste perspektivet, men utvalget peker på flere praktiske problemer ved dette. For det første må man ta hensyn til at perspektivet også kan påvirke prisene på legemidler og andre medisinske produkter. Hvis man innfører et system der man bruker et samfunnsperspektiv, vil det gjøre at noen av produsentene kan kreve høyere priser, fordi nytten av legemiddelet er større. I praksis blir da noe av samfunnsgevinsten ved et bredt perspektiv spist opp av høyere priser. Et annet praktisk problem er at ulike samfunnskonskvenser i noen tilfeller er svært usikre. Vi vet lite om hvor stor verdi vi skal sette på at pårørende får færre belastninger, eller verdien av samfunnsdeltagelse generelt. Det betyr ikke at det alltid er umulig eller at ideen om samfunnsperspektiv bør forkastes. Konklusjonen er heller at det er nødvendig med metodeutvikling for å kunne måle flere viktige samfunnskonskvenser.

Ulike nivå, ulik vektlegging?

Beslutninger i helse- og omsorgstjenesten avhenger av hvilket nivå man opererer på. Ekspertgruppen mener at de samme grunnleggende prioriteringskriteriene skal vektlegges på alle nivåer, men mener også at det er viktige praktiske og etiske problemer som gjør at vektleggingen blir ulik. Man kan ikke forvente at alle ansatte i helsetjenesten har tilstrekkelig informasjon til å ta hensyn til alle samfunnskonskvenser på individnivå. Det vil også være gode etiske grunner til at man i slike enkeltmøter vektlegger forholdet til enkeltpersoner, og legger mindre vekt på samfunnskonskven-

ser. På den måten bevarer man den tilliten som er nødvendig for at forholdet skal fungere.

På kommunalt nivå vil det også ofte være mangel på informasjon. Konklusjonen er ikke at man da skal unngå samfunnsperspektivet, men at man trenger bedre beslutningsstøtte. I tillegg har man et insentivproblem i den forstand at kommunene selv ikke nødvendigvis får hele gevinsten av å bruke et samfunnsperspektiv. I en presset økonomisk situasjon er det derfor vanskelig å benytte et helhetlig perspektiv. Det samme gjelder også for spesialisthelsetjenesten. For eksempel vil spesialisthelsetjenesten tjene på å sende pasienter tilbake til kommunen så raskt som mulig, mens kommunene kan tjene på å velte noen utgifter over på staten eller spesialisthelsetjenesten i eldreomsorgen. En synliggjøring av samfunnskonsekvensene i analysene vil motvirke dette, men det vil ikke løse problemet.

For beslutninger på et nasjonalt nivå er det lettere å bruke et samfunnsperspektiv. Dette gjelder ikke bare innføring av legemidler, men også enkelte nasjonale folkehelseiltak. I vurderingen av nasjonale beslutninger, for eksempel ulike vaksiner, har man ofte brukt et samfunnsperspektiv. Ekspertutvalget har ikke tatt opp dette fordi folkehelseiltak skulle drøftes i et annet utvalg, og var derfor eksplisitt unntatt fra utvalgets mandat.

En stegvis konklusjon

Til sammen mener utvalget at de etiske hensynene og praktiske argumentene gjør at man bør åpne for å ta med noen av samfunnskonsekvensene, når man kan dokumentere at de er relevante. Samtidig mener utvalget at det er etiske og praktiske argumenter som gjør at man bør starte med en analyse, ut fra et rent helsetjenesteperspektiv. Dette kalles primæranalysen og fokuserer på endringer i ressursbruken i helsesektoren sammenlignet med endringene i helsen for de som behandles (ofte målt i antall gode leveår). I mange tilfeller vil dette trolig være nok til å avgjøre om et tiltak bør innføres. Det kan være fordi det ikke har betydelige konsekvenser for andre sektorer, eller fordi videre analyser er overflødige når primæranalysen viser et klart resultat. I noen tilfeller vil det imidlertid være samfunnskonsekvenser som er store og sikre nok, til at de bør vurderes. I disse tilfellene mener utvalget at primæranalysen med helsetjenesteperspektivet bør suppleres med en sekundæranalyse som beskriver konsekvenser i samfunnsperspektivet. På den måten kan beslutningstager få informasjon som gjør at de kan ta hensyn til disse konsekvensene. Dette skaper et litt mer fleksibelt system der man i mange tilfeller gjør de samme analysene som i dag, men samtidig åpner for å ta med samfunnskonsekvensene når dette er relevant, uten at gevinsten skal viskes ut av prisøkninger.

Litteratur

1. *Perspektiv og prioriteringer: Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioriteringer nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/38d8db98a53f4302b1a762e3a4671d64/no/pdfs/perspektiv.pdf> (18.12.2024)
2. Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2021.

*Hans Olav Melberg
hans.o.melberg@uit.no
UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Stakkevollan
9037 Tromsø*

Hans Olav Melberg er samfunnsøkonom og professor i helseøkonomi ved UiT Norges arktiske universitet. Han var leder for ekspertgruppen perspektiv i prioriteringer.

Prioritering er mer enn å rangere behandlinger

*Michael 2024; 21: 43–51
doi: 10.5617/michael.12112*

Prioritering i helsetjenesten blir ofte forstått som å rangere behandlinger etter gitte kriterier. I denne kronikken vil jeg argumentere for at all aktivitet i helsetjenesten, ikke bare behandling, bør bidra til målet om å bruke knappe ressurser best mulig.

Jeg har fulgt diskusjonene om prioriteringer i helsetjenesten siden 1990-årene og har ofte tenkt at det er noe som mangler. Når helsevesenet vurderer om et legemiddel bør godkjennes, beregnes forholdet mellom medisinsk nytte, prisen på legemiddelet og sykdommens alvorlighet. Hvis kostnaden ikke kan forsvares i forhold til nytte og alvorlighet, vil ikke legemiddelet tilbys. Samtidig hører vi nærmest daglig om overskridelser ved nye sykehusbygg eller IT-prosjekter. Ved innføring av nye legemidler handler det om millioner, for bygninger og IT-systemer om milliarder. Mens enkeltpasienters behov for hjelp kan gjøres til gjenstand for grundige vurderinger og nitide beregninger, kan mer ressurskrevende tiltak iverksettes på langt spinklere grunnlag. Jeg mener selvsagt ikke at man skal slutte med å beregne nytte, kostnader og alvorlighetsgrad ved innføring av tiltak. Tvert imot. Etter min mening bør alle tiltak bli vurdert etter samme kriterier. Det må omfatte all fordeling og prioritering av ressurser.

Selve begrepet «prioritering» leder tanken mot en bevisst og villet fordeling av ressurser. Samtidig kan vi si at den faktiske prioriteringen er et resultat av de fordelinger som gjøres, enten de er intenderte og erkjente, eller ikke. Dette gjør at jeg ikke skiller skarpt mellom fordeling og prioritering. God fordeling er den som gir oss mest av det vi ønsker for ressursinnsatsen. Prioriteringskriteriene er ett virkemiddel for å sikre dette.

Ytterligere en presisering er på sin plass. Jeg konsentrerer meg om de delene av helsetjenestens virksomhet som enklest kan vurderes etter priori-

teringskriteriene nytte, kostnad og alvorlighet. Det er klart at både helse-tjenesten som arbeidsplass og utdanningsinstitusjon, beredskapsfunksjoner og forebygging kunne hatt sin plass i diskusjonen, men det ville kreve en lengre artikkel. Det er heller ikke åpenbart at det er fornuftig å vurdere prioritering av disse oppgavene med utgangspunkt i prioriteringskriteriene alene – som også begrunner at jeg ikke diskuterer dem her.

Verdensmester i skrivebordsprioritering

I 2015 skrev jeg en kronikk med denne tittelen (1). Da hadde vi nettopp fått den tredje offentlige utredningen om prioritering i helsetjenesten. Siden har det faktisk kommet enda flere (2, 3), og en ny prioriteringsmelding ble varslet å komme i 2024. Det skorter altså ikke på diskusjoner om prioriteringer av behandlingstiltak. Men er det nødvendig? Er det egentlig slik at mangel på gode prioriteringer i helsetjenesten skyldes at vi ikke har tilstrekkelig gode kriterier?

Allerede i 1997, da Lønning 2-utredningen forelå (4), var kriteriene etter min mening gode. For rangering av tiltak skulle man ta hensyn til nytte, kostnad og alvorlighet. Disse kriteriene ble videreført av andre utvalg og senere innarbeidet i norsk lov. Jeg vil ikke undervurdere betydningen av diskusjoner og presiseringer som ble gjort både før og etter 1997. Men jeg mener fortsatt at det er lagt for mye arbeid i å formulere prinsipper og kriterier, og for lite i å identifisere hva som skjer i praksis.

Et par år tidligere foreslo jeg fem tiltak som kunne fjernes fra offentlige helsebudsjetter: mammografiscreening, ultralydscreening under svangerskap, rituell omskjæring av gutter, medikamentell behandling av moderat blodtrykk og generelle helsesjekker (5) (figur 1). Jeg talte for døve ører. Både ultralydscreening av gravide og kreftscreening er blitt utvidet. Man kan gjerne diskutere hvor gode forslagene mine er, men eksempelet illustrerer at det er svært vanskelig å fjerne offentlige tiltak, og at vi mangler systemer for å sammenligne nytten av tiltak som allerede er etablert. Det finnes begrunnelser for alle disse medisinske tilbudene, på samme måte som for mange andre med marginal helseeffekt. Om tiltaket har effekt, er imidlertid feil spørsmål. Vi bør heller spørre om effekten kan forsvares sammenlignet med alt det andre som skal gjøres, burde gjøres eller ønskes gjort.

Bildet er heldigvis ikke helsvart. Gjør kloke valg-kampanjen er et eksempel. Den ble lansert i 2018, og hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk, og det kan ha ført til reduksjon av enkelte unødvendige, kanskje skadelige, tiltak (6).

Selv om både retningslinjer og gode kriterier er viktig, er det mange andre faktorer og mekanismer som fører til de faktiske prioriteringene i helse-

■ ■ ■ En rekke av dagens tiltak bør bort fra de offentlige helsebudsjettene. Viktigere helsetjenester må prioriteres, skriver seniorforsker **Berit Bringedal**.

Tid for prioritering

INNLEGG Helse

Den politiske diskusjonen får en ofte inntrykk av at alle tiltak som har en potensiell helseeffekt bør tilbys av det offentlige helsevesenet. Men et slikt synspunkt er moralsk ufor-svarlig, fordi ethvert tilbud samtidig fortrenger noe annet. Oppgaven er å sikre at viktige tiltak kommer foran mindre viktige.

Her er fem tiltak som bør fjernes fra offentlige budsjetter – uansett hvem som sitter med regjeringsmakten:

■ **Mammografiscreening:** Det er godt dokumentert at mammografiscreening i liten grad bidrar til redusert dodelighet samtidig som det medfører mange unødige inngrep og mye angst for dem som feilaktig får påvist brystkreft. Likevel får de fleste kvinner over 50 år mammografi jevnlig. Argumentet om at det kan avverge dødsfall, er vanskelig å stå imot, ikke bare for den enkelte kvinnen, men også for politikere.

At tiltaket kan redde liv, er dog ikke tilstrekkelig informasjon når vi skal ta stilling til om det er god ressursbruk. Vi må også vite hvilke negative effekter det har og om alternativ ressursbruk vil gi mer helseeffekt, f.eks. om flere for tidlige dødsfall kan avregnes ved andre tiltak. Da er argumentet for mammografiscreening svakt, og derfor bør kvinner betale det av egen lommebok.

■ **Ultrasjering under svangerskap:** Generell ultrasjering av gravide er ikke først og fremst begrunnet i at det er vesentlig for å redusere sykkelighet eller dodelighet hos mor og barn, men i fastsette termin dato. Ultralydbildene kan avdekke forhold som har helsemessig betydning, men også på dette området er helseeffekten svært liten sammenlignet med alternativ ressursbruk.

Et ultralydbilde kan i de aller fleste tilfeller sammenlignes med å gå til fotografor for å ta et portrett av barnet.

■ **Rituell omskjering av gutter:** Det er argumenter for at rituell omskjering av gutter bør tilbys i medisinsk forsvarlige rammer, men ikke for at det skal dekkes av det offentlige. Dette tilbudet er ikke motvirket av helseforbedring overhodet, selv om det kan argumenteres for at det vil ha negative helseeff-



TØFFE VALG. Politikerne må tørre å velge hva helsepengene skal brukes til, skriver Berit Bringedal.

feroker om det tas ut. Selv om det opprettholdes, er det imidlertid vanskelig å se at det bør dekkes av det offentlige.

■ **Medikamentell behandling av moderat forhøyet blodtrykk:** Det er ingen god dokumentasjon på at medisiner for mennesker med moderat forhøyet blodtrykk (under 160/100) reduserer dodelighet av hjerte- og karsykdom, tvert imot viser de beste studiene at det er bortkastet ressursbruk. Det står imidlertid sterke interesser bak ønsket om at så mange som mulig trenger medikamentene – det er store penger å tjene for legemiddelfirmaene.

■ **Generelle helsejekker:** Ingenting tyder på at friske mennesker bør helsejekkes, det har ingen betydning for sykkelhets- eller dodelighetstall i befolkningen. Det er mange grunner til at friske folk har ønske om slik sjekk; antagelig

77 Mammografi-screning og blodtrykksmedisinering bør ut av det offentlige helsevesenet

er utrygghet eller ønsket om å være på den «sikre» siden vesentlig. Det er ikke helsejekenestens oppgave å undersøke friske mennesker.

Kostnader er ikke bare det et tiltak koster – det er også hva vi oppgir av alternative tiltak. Og kostnaden ved det vi tapte, kan være svært høy sammenlignet med det vi vant.

Denne listen er en liste over tiltak med svært høy alternativkostnad. De er gode eksempler på tilbud som det er rimelig å krevne at folk betaler fra sin egne lommebok. Slik kan ressursene overføres til områder som er viktigere å realisere:

- Flere levær.
- Mindre smerter.
- Mer omsorg for dem som trenger det mest.

Å diskutere ressursbruk er å sammenligne. Dersom mammografiscreening redder en kvinne fra å dø av brystkreft, vil

manne oppleve at vi ikke tar hennes skjebe alvorlig når vi henviser til alternativkostnaden. Å sammenligne verdien av tiltak er imidlertid en uunn-gjælig del av ansvaret til de som skal fordele ressuser i helsevesenet.

Men har vi ikke råd til alt dette?

Det er riktig at Norge har et av verdens mest generøse helsebudsjett, men det er ikke riktig at vi slipper å sammenligne og rangere.

Selv med store budsjett må en sikre at det viktigste kommer først, og vi har viktige oppgaver som godt kunne trenge de ressursene som i dag brukes på helsemessig marginale tiltak.

Det er vanskelig å tenke seg en politiker så politisk mynt på å si nei til tiltak som allerede tilbys. Det er likevel slik at manglende prioritering av offentlige midler innebærer at viktige oppgaver ikke får de ressursene de kunne fått dersom lederne var mer handlekraftige. Slik svakhet koster andre dyrt.

■ *Berit Bringedal, dr.polit., seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet (LEFO)*

■ **BØR BORTPRIORITERES.** Ultralydsundersøkelser er en av fem helsetjenester artikkelforfatteren mener bør fjernes fra offentlige budsjetter. Foto: Tore Meek, NTB Scanpix

FLERE INNLEGG Side 28–29



Gjestekommentar

Problemløsning

Sofrda Mykland, Kåre Hansen og Marianne Sobakk

Innlegg

Nye spilleregler

Tor W. Andreassen

Start med Plan- og

byggningsloven

Mathias Sellag

Figur 1. En rekke av dagens tiltak bør bort fra de offentlige helsebudsjettene. Viktigere helsetjenester må prioriteres. Faksimile fra kronikk i Dagens næringsliv 16. september 2013 (5).

tjenesten. Det som kalles prioritering, utgjør bare en liten del. De samme pasientgruppene kommer alltid dårlig ut (7, 8). Omfattende reorganisering settes i verk uten tilstrekkelig kunnskap om konsekvensene. Både diagnostikk og behandling uten effekt tilbys fortsatt. Alt dette skyldes ikke manglende prioriteringskriterier. Det er andre og mektigere krefter i spill.

Vi kan sløse

Når en ser på det norske helsevesenet utenfra, blir en slått av hvor omfattende og komplekst det er i forhold til befolkningens størrelse. Antall innbyggere i Norge er lavere enn i byområdet rundt Barcelona og bare halvparten av innbyggertallet i London. Var det nødvendig å gjøre det så vanskelig? Selvsagt undervurderer jeg betydningen av mange forhold her, ikke minst geografi og demografi. Men både hvor mye vi bruker på helse-tjenesten og hvordan den er organisert, har med økonomi å gjøre.

I 2022 brukte Norge ca. 830 000 kroner per innbygger på helsetjenester (9). Det betyr at vi ligger på fjerdeplass i verden, bare USA, Sveits og Tyskland bruker mer per hode. Sverige og Danmark ligger på henholdsvis 9. og 13. plass. Vi bruker mye fordi vi har råd til det. Jo knappere ressurstilgangen er, desto bedre utnytter man ressursene. Jo mer vi har, desto mindre problematisk er det å gjøre noen feilinvesteringer. 50 år med oljesmurt økonomi gjør at vi tillater oss mer.

Komplekse systemer representerer store styringsutfordringer. Det er ikke lett å få de ulike delene i store systemer til å samvirke godt. Intensjonene er de beste, både styringsstrukturen og styringsverktøyene er etablert for å gi god pasientbehandling. Men gode intensjoner er som kjent ikke tilstrekkelig.

Hva får vi ut av helsebudsjettet?

Norge bruker altså mer per innbygger enn de fleste land det er naturlig å sammenligne seg med. Har vi en bedre helsetjeneste enn dem? Gir helsetjenesten i Norge mer helseforbedring enn i våre naboland? Det er ikke enkelt å svare på. Vi mangler data både over hvor mye helsetjenesten gir i form av helseforbedring og om den samlede fordelingen er rettfærdig. Vi kommer neppe til å få fullstendige data heller. Ingen land har denne oversikten. Det er litt av et paradoks for dette er jo det grunnleggende spørsmålet.

La meg presisere at «helseforbedring» må forstås som mer enn å produsere friske leveår. Alt som bidrar til å forbedre et menneskes helsetilstand bør inkluderes, enten det lindrer fysisk eller psykisk smerte eller bidrar til lengre liv. Det betyr at både pleie og palliasjon bidrar til helseforbedring, slik jeg forstår begrepet. Med utgangspunkt i prioriteringskriteriene er det ikke vanskelig å definere «nytte» til å inkludere smertelindring, for eksem-

pel. Og prioritet for pallisjon kan både gjøres på basis av nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet. Dersom en ønsker å prioritere omsorg eller smertelindring høyere, kan nytteverdien vektes mer enn varigheten.

Vi må antakelig nøye oss med indirekte mål på hvor god helsetjenesten er. Det finnes mange kvalitetsindikatorer. Noen av dem brukes i internasjonale sammenligninger (9). Disse gir en pekepinn, men sammenligninger på tvers av land er vanskelig, fordi både målemetoder, registre og helsesystemer er ulike (10). Det er dokumentert at Norge har god tilgang til helsetjenester, ettersom det er få finansielle hindre for pasienter og at helsevesenet er godt utbygd. Norge er på andreplass når det gjelder antall leger i forhold til antall innbyggere i OECD-området (9). Men verken tilgangen til helsetjeneste eller antall leger er gode mål på hva vi får igjen i helseforbedring.

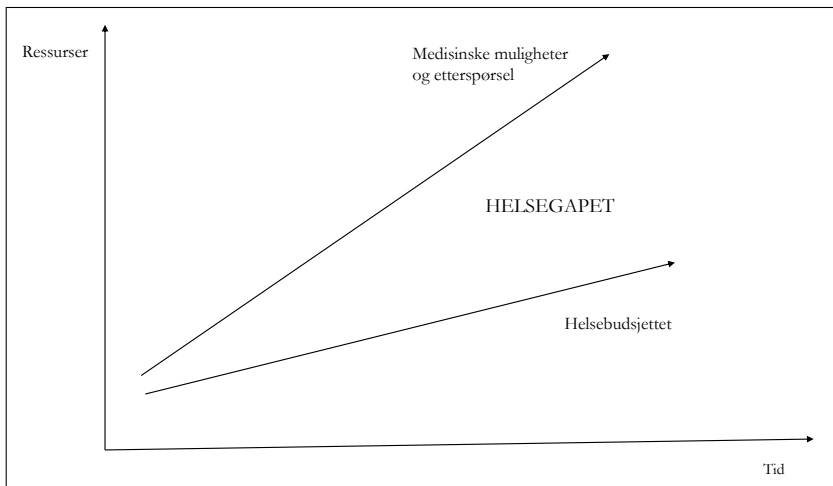
Mesteparten av helsetjenestens ressurser går til spesialisthelsetjenesten. Mer enn to tredeler av helsebudsjettet brukes i sykehusene. Det dekker drift, personell, bygninger, tjenester, utstyr og så videre. Alle vurderinger av om sykehuset bruker ressursene sine best mulig, er et spørsmål om rett prioritering. Er fordelingen, altså ressursfordelingen, slik at alternativkostnaden er lavest mulig?

Selvsagt er lederne i spesialisthelsetjenesten opptatt av effektiv drift. Det står trolig øverst på agendaen deres. Effektivitet betyr at man får mest og best mulig helsetjenester for de knappe ressursene. I tillegg skal fordelingen være rettferdig. Et sykehus som ikke driver slik at man får mest mulig helseforbedring rettferdig fordelt for budsjettet sitt, driver ikke effektivt. Men helse-tjenestene er store og komplekse. Det er vanskelig å overskue hvordan virksomhetene samlet sett fungerer. Men selv om det er vanskelig, må vi forsøke.

Et begrep som brukes mye i diskusjonen om prioritering, er helsegapet (figur 2). Det betegner forholdet mellom tilgjengelige ressurser på den ene siden og medisinske muligheter og etterspørsel etter helsetjenester på den andre. Figuren illustrerer at etterspørselen øker mer enn ressurstilgangen (helsebudsjettet), og spriket mellom de to betegnes som helsegapet. At avstanden mellom ressurser og etterspørsel øker, skyldes både medisinske fremskritt og befolkningens forventninger til helsetjenesten.

Også helsegap-begrepet leder oppmerksomheten mot at ressursbruken kun dreier seg om pasientbehandling, men vi bør også se på annen etterspørsel etter ressursene, for eksempel nye bygg, teknologiske løsninger, administrative ordninger og strukturreformer. Disse faktorene gjør store innhugg i helsebudsjettene. Helseplattformen er ett eksempel.

Selv om det kan argumenteres for at jeg skiller for skarpt mellom innsatsfaktorer og pasientbehandling, siden alt dreier seg om å sikre god behandling, er det nødvendig å se eksplisitt på innsatsfaktorene. Fordelingen mellom



Figur 2. Helsegapet er en illustrasjon på den økende avstanden mellom medisinske muligheter og etterspørsel etter helsetjenester på den ene siden, og ressurstilgangen på den andre siden.

de ulike postene i budsjettet er uttrykk for prioriteringer. Det er viktig å diskutere om man skal tilby et legemiddel på bakgrunn av kostnadseffektivitet og alvorlighetsgrad, men det er også nødvendig å diskutere om en reform bør iverksettes. Er den kostnadseffektiv i lys av dens betydning for å gi god behandling?

Det samme gjelder resten av helsetjenesten. Enhver bruk av ressursene innebærer samtidig at man velger å ikke bruke dem på noe annet. Har vi et system som gir gode muligheter for å sørge for at alternativkostnaden er så lav som mulig?

Et system som stimulerer til overforbruk?

Alle systemer gir føringer for noen tilpasninger og begrenser andre. Helsetjenesten som styringsstruktur har mange slike. Noen påvirker aktørene i riktige retninger, andre ikke. Jeg skal nevne to enkle eksempler.

I den politiske diskusjonen snakkes det ofte om forholdet mellom offentlig helsetjeneste og kommersielle tilbydere. Intensjonen er god. Private tilbydere kan avlaste den offentlige helsetjenesten og kanskje bidra til å prøve ut nye og bedre løsninger. Men det kan også slå feil: En ung mann hadde et arr på armen etter en operasjon og ønsket å rette på det. Sykehuset opplyste at denne tilstanden ikke ga rett til nødvendig helsetjeneste, og at ventetiden dermed ville bli lang. Samtidig ble han informert om at sykehuset

hadde avtale med alternative tilbydere. Han kontaktet derfor et av de private sykehusene og fikk tilbud om behandling etter en uke. På denne måten fikk dette lavt prioriterte inngrepet høy prioritet.

Private helsetilbud kan også øke risikoen for større sosiale ulikheter i helse. Dersom ressurssterke mennesker kan kjøpe seg forbi helsekøer, kan det bidra til å øke sosiale helseforskjeller. Det forutsetter at behandlingen har effekt. Hvis intervensjonen har marginal helseeffekt, eller det forekommer overaktivitet hos private tilbydere, står vi bare igjen med at systemet tapper det offentlige helsevesenet for personell.

Også formelle krav kan bidra til overforbruk. I de siste tiårene har det kommet en sverm av nye pasientrettigheter (11). Selv om kravene hver for seg vil kunne bidra til målet, er det ikke sikkert at samvirket av dem fungerer slik. Et eksempel er endringen fra tidligere tiders paternalisme, der legen hadde all makt og pasienten ingen. Selvsagt skal pasienten være med i beslutninger om egen helse. Samtidig er det en innebygd spenning mellom retten til å medvirke i beslutninger og prioritering. Hvis en person oppsøker fastlegen med moderate smerter i kneet, vil fastlegen gjerne foreslå konservativ behandling, tilpasset trening og smertestillende legemidler. Hvis pasienten ønsker MR-undersøkelse, vil legen kanskje lykkes i å overbevise om at det er unødvendig, men uansett kan pasienten bytte fastlege.

Eksempelene med den unge mannen med arret og kvinnen med kne-smertene viser at gode intensjoner kan stå i motsetning til hverandre. Her står pasientrettigheter i motstrid til effektiv og god utnyttelse av ressursene. Vi har altså et system som både kan stimulere til forbruk av unødvendige eller marginalt nyttige tiltak og gi urettferdig fordeling.

Pengene eller pasienten?

Hovedargumentet i denne kronikken er at prioritering bør favne alle ressursene i helse- og omsorgstjenesten, inkludert offentlig kjøp av private helsetjenester, og at god prioritering er å fordele ressurser effektivt, for å få mest mulig av det vi ønsker, altså kostnadseffektiv drift. Dette begrepet har uheldige konnotasjoner hos mange. Hva betyr egentlig kostnad? I stedet for å tenke på det som en pris, slik som prisen på et legemiddel (1), kan det ses som den delen av de samlede ressursene som tiltaket (f.eks. legemiddelet) krever. Da blir det tydeligere at det dreier seg om hva som fortrenses, altså hva ressursene alternativt kunne vært brukt til.

For mange betyr kostnadseffektiv drift effektivitet for sparingens skyld. Problemet er at sparing ofte går på bekostning av god pasientbehandling. Mange er derfor kritiske til at de som styrer helsetjenesten, snakker for mye om penger (12). Gjør kloke valg-kampanjen er nøye med å presisere at den

ikke er motivert av å spare penger, men av å fjerne dårlig pasientbehandling. Kanskje har de rett de som hevder at mange ledere er for opptatt av spare, men jeg tror ikke problemet ligger der. Det ser heller ut til at uenighet oppstår fordi aktørene snakker forskjellige språk. Befolkningen og helsepersonell vil snakke om god kvalitet på behandlingen og at vi må starte der. Ledere er selvsagt enige i at målet er god pasientbehandling, men er samtidig ansvarlige for budsjettene, og de snakker dermed om økonomi. Sånt blir det kommunikasjonsproblemer av.

Avslutning

Bør ressursene i helsetjenesten fordeles på andre måter for å få mer igjen for dem? Jeg er ganske sikker på at svaret er ja, men det er flere hindre for å få til en slik omprioritering.

Det første er at vi mangler oversikten. Vi vet hva vi bruker ressursene på, men ikke hvilken effekt dette har på omfanget av helseforbedringen, og hvor rettferdig fordelingen er. Her kan helseøkonomene bidra mer ved å flytte oppmerksomheten og beregningene bort fra teknisk effektivitet og over til den effektiviteten som faktisk betyr noe. De målene vi har for effektivitet i helsetjenesten, er i hovedsak aktivitetsmål eller innsatsfaktorer som antall konsultasjoner, operasjoner eller liggedøgn. Slike mål står sentralt både i nasjonale og internasjonale indikatorer for hvordan vi bruker ressursene, først og fremst fordi de er relativt enkle å måle. Det er langt vanskeligere å måle hva vi får ut av innsatsen. Det er jo hvilken virkning konsultasjonen, operasjonen eller liggetiden har på helsetilstanden til pasienten, vi burde ha informasjon om. Først da har vi et ordentlig grunnlag for å vurdere om vi fordeler ressursene riktig.

Det andre hinderet er at vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om samspillet mellom ulike styringsverktøy. Eksemplene jeg brukte, gjaldt motsetninger mellom pasientrettigheter og prioritering, men en analyse av samtlige styringsverktøy, både finansieringsmåter, retningslinjer og rapporteringskrav, vil trolig avdekke mange flere. For eksempel er omfanget av kliniske retningslinjer så stort at det er umulig å følge opp i praksis, og mange av dem er innbyrdes inkonsistente (13). Her må flere enn helseøkonomene bidra, både medisinerne, samfunnsvitere og jurister trengs for å få innsikt i samspillet mellom styringsverktøyene. I hvilke deler av helsetjenestene drar virkemidlene i ulik retning?

Vi har også manglende innsikt i hvordan beslutningssystemet samvirker. Det er mange aktører, mange nivåer og mange ulike motivasjoner. Hvordan er maktfordelingen mellom dem? Kanskje trengs det en egen maktutredning for helsetjenesten. Den ville være nyttig for å få vite om beslutningssystemet

og maktfordelingen er hensiktsmessig for å få mest mulig helseforbedring igjen for pengene.

Litteratur

1. Bringedal B. Verdensmester i skrivebordsprioritering. *Aftenposten* 2.3.2015: 10–11. <https://www.nb.no/items/a6e6686df3cb0aa6928dc3ba39d9c674?page=41> (18.6.2024)
2. *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. 4.11.2015. *På ramme alvor - regjeringen.no* (25.6.2024)
3. NOU 2018: 16. *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. *NOU 2018: 16 (regjeringen.no)* (25.6.2024)
4. NOU 1997: 18. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. *NOU 1997: 18 – regjeringen.no* (25.6.2024)
5. Bringedal B. Tid for prioritering. *Dagens næringsliv* 16.9.2013: 3. <https://www.nb.no/items/e3c5c30b2aea9e087954e8ca016b800e?page=1> (18.6.2024)
6. Størdahl K, Hjørleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0627>
7. Bringedal BH, Rø KI, Bååthe F et al. Guidelines and clinical priority setting during the COVID-19 pandemic – Norwegian doctors' experiences. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 1192. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08582-2>
8. Stokes J. Inequalities exacerbated: an all-too-familiar story. *BMJ Quality and Safety* 2022; 31: 561–564. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014422> OECD Health at a Glance 2023. *Health at a Glance 2023 - OECD* (25.6.2024)
9. Saunes IS. Helsesystemanalyser og Norges plassering i verden. *Michael* 2024; 21: 71–78. <https://doi.org/10.5617/michael.10953>
10. Kjønstad A. Er helselover og rettsprinsipper helsebringende? *Michael* 2013; 10: Supplement 13, 71–102.
11. Nilsen SM, Asheim A, Tøndel G. Helsepersonells opplevelse av kapasitetspress i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2019; 139. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0219>
12. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023; 380: e072953. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet. Hennes doktoravhandling omhandlet prinsipper for rettferdig fordeling av helsetjenester (1997), og hun var sekretær i Rådet for prioritering i norsk helsetjeneste 2002–2005.

Lindrende sedering i livets slutfase: forslag til revisjon av retningslinjene

Michael 2025; 22: 52–59

doi: 105617/michael.12113

Vi mener at det trengs en omfattende revisjon av Legeforeningens retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase. Det er behov for et nytt punkt om de fundamentale forskjellene mellom lindrende sedering og dødshjelp, og det bør gis mer konkrete anbefalinger for gjennomføring av lindrende sedering.

Legeforeningens sentralstyre nedsatte i 2013 en arbeidsgruppe for å revidere organisasjonens retningslinjer for lindrende sedering fra 2001. Nye retningslinjer ble vedtatt av sentralstyret i 2014 (1). Arbeidsgruppen, der en av oss (Materstvedt) var medlem, beskriver og drøfter retningslinjene av 2014 i en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* i 2015 (2).

Schaufel og medarbeidere undersøkte nylig lungelegers erfaringer med lindrende sedering (3). I en invitert kommentar skriver Anne Fasting: «Studien gir en god anledning til å diskutere både innholdet og en eventuell revisjon av retningslinjene» (4). Vi er enig, og i denne kronikken gjør vi begge deler.

Lindrende sedering og dødshjelp

Studien til Schaufel og medarbeidere har en meget lav responsrate på 9,5 %. Like fullt er det interessante funn i studien. En lungelege uttaler: «Det er utfordrende hvor grensen mellom aktiv og passiv dødshjelp er; vanskelig å skille. I slike spesifikke situasjoner ville det vært godt å ha mer tydelige retningslinjer å støtte seg på» (3). Schaufel og medarbeidere kommenterer: «Det vart påpeikt ein krevjande grenseoppgang mot dødshjelp, og ønskje om at gråsonene kunne utdjupast meir i retningslinjene» (3).

Vi vil først bemerke at legens utsagn om «grensen mellom aktiv og passiv dødshjelp» illustrerer at dette begrepsparet, foruten å være problematisk

og delvis selvmotsigende (5, 6), også bidrar til forvirring i forbindelse med lindrende sedering. Det er derfor også uheldig at Fasting (4) skriver «aktiv dødshjelp» når hun refererer til arbeidsgruppens artikkel (2). I den omtales nemlig uttrykket som «misvisende» (2), med henvisning til en artikkel av Materstvedt og Førde der sistnevntes begrep om behandlingbegrensning gjennomgås (5). Såkalt passiv dødshjelp, som følger begreps- og argumentasjonslogisk fra «aktiv» sådan, er ikke dødshjelp – ikke i Norge og ikke i Nederland (5, 6). Disse tiltakene er grunnleggende forskjellige både når det gjelder intensjoner, gjennomføring og klinisk resultat. La det også være nevnt at heller ikke Legeforeningens Ethiske regler for leger benytter begrepsparet aktiv/passiv i forbindelse med dødshjelp, etter en revisjon av § 5 i 2021 (7).

Lindrende sedering er nært knyttet til behandlingbegrensning: Man seponerer eventuell livsforlengende behandling, men trapper opp palliativ behandling frem til pasienten er tilstrekkelig sedert til å være godt lindret.

Hva er dødshjelp?

I tråd med internasjonal teori og praksis kan dødshjelp defineres som følger: *Eutanasi*: En leges eller sykepleiers injeksjon av dødbringende medikamenter, på en kompetent pasients frivillige forespørsel. *Assistert selvmord*: Pasienten får utskrevet en dødelig dose medikamenter av sin lege eller av annet helsepersonell og tar disse selv (6). Det er med andre ord snakk om henholdsvis drap og selvdrap i en medisinsk kontekst (6). I forskningslitteraturen faller disse to under termen «assisted dying» (8).

Forslag til punkt om dødshjelp

Førde og medarbeidere (2) skriver: «Eutanasi er, i motsetning til lindrende sedering, ikke behandling. Selv om sederingen kan innebære risiko for tidligere død, vil det aldri være intensjonen hvis retningslinjene følges. Ved eutanasi er derimot tidligere død – eller rettere sagt raskest mulig død – selve intensjonen.» Til tross for at dette sies tydelig i arbeidsgruppens artikkel, står det ingenting om tematikken i retningslinjene. Vi foreslår derfor et nytt tilleggspunkt med følgende utdypende ordlyd:

X. «Lindrende sedering er klart atskilt fra dødshjelp (eutanasi og assistert selvmord). Lindrende sedering er behandling, intensjonen er at pasienten skal få sove til døden inntreffer naturlig, og prosedyren innebærer titrering av medikamenter til dette formål (symptomkontroll). Dødshjelp er ikke behandling, intensjonen er at pasienten skal dø raskest mulig og unaturlig, og prosedyren innebærer bruk av medikamenter til dette formål (fremskyndelse av døden).»

Punktet klargjør at det ikke er snakk om noen «gråsoner», men vanntette skott mellom de to. Det er i den forbindelse verdt å merke seg at den nederlandske legeforeningen *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG), som er markant tilhenger av dødshjelp, i sine retningslinjer for lindrende sedering også avviser at det skulle finnes noen gråsoner her, heller ikke ved dyp og vedvarende sedasjon (9): «Continuous, deep sedation differs from euthanasia in that its aim is not to shorten life. Indeed, there is no evidence that continuous deep sedation, if carried out in accordance with good medical practice, does shorten life. Consequently, a clear distinction should be drawn between the two» (10). Dette tydelige skillet mellom lindrende sedering og dødshjelp støttes både av helsedepartementet og justisdepartementet i Nederland (11).

Når det gjelder risikoen for livsforkorting, kan man ikke vite sikkert om det skjer ved lindrende sedering: En randomisert, kontrollert studie lar seg ikke gjennomføre. Det kan ikke forsvares – hverken klinisk, etisk eller juridisk – at man ikke hjelper den ene halvparten av pasientene (12, 13). Selv om man skulle mistenke livsforkorting i enkelttilfeller, er behandlingen på trygg etisk grunn i lys av prinsippet om den dobbelte effekt (12). Den nylig avdøde engelske nestoren innen palliativ medisin, legen Robert Twycross (1941–2024), kaller dette «a universal principle without which the practice of medicine would be impossible. It follows inevitably from the fact that all treatment has an inherent risk» (14). Og prinsippet fremheves av Twycross nettopp i forbindelse med lindrende sedering: «to render a patient unconscious» (14) mot slutten av livet.

Medikamenter, overvåking, kompetanse og klinisk forløp

Fasting bemerker: «Informantene i studien etterspurte hjelp til prognostisering og praktiske råd. Det er fristende å slutte seg til slike idéer. Retningslinjenes besnærende kortfattethet må da veies mot behovet for mer omfattende veiledning» (4). Dette er et sentralt dilemma. Legeforeningens arbeidsgruppe tilstrebet et kort dokument, både av hensyn til tilgjengelighet og klarhet.

Vår oppfatning er likevel at dokumentet er for kort og for lite konkret om gjennomføringen av lindrende sedering. En revidert utgave bør omtale mer konkret valg av medikamenter, grad av overvåking, kompetanse, plan for håndtering av komplikasjoner, som uventet respirasjonsstans samt hva man kan forvente av det kliniske forløpet. Punkt 10 om respiratorisk overvåking og håndtering av bivirkninger oppleves utfordrende, og det kan stilles spørsmål ved om det alltid vil være etisk riktig å iverksette tiltak for å gjenopprette frie luftveier (15).

Retningslinjer for lindrende sedering i livets sluttfase

Retningslinjene er utarbeidet av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe ledet av Reidun Ferde. Vedtatt av Den norske legeforenings sentralstyre 17. juni 2014.

Formålet med retningslinjene er å bidra til at pasienter med behandlingsrefraktilere plager får tilstrekkelig lindring samtidig som det tilstrebes at sederingen ikke famskynder døden. Retningslinjene må sees i sammenheng med Helsedirektoratets veileder *Beslutningsprosesser ved begrenset av livforlengende behandling* (2013).

Retningslinjene gjelder i situasjoner der pasienter ikke kan hjelpes uten at bevisstheten reduseres så mye at kommunikasjonen med pasienten er sterkt redusert eller opphørt. Det vil omfatte få pasienter i en situasjon som kan betegnes som «ekstrem».

Retningslinjene omfatter ikke symptomatisk behandling som er del av ordinær praksis, slik som behandling av angst og uro, dyspné og smerter, der sedasjon er en del av behandlingen.

Dersom behandelende lege finner det nødvendig å fravike retningslinjene, skal dette drøffes med overordnet lege / eventuelt med behandlingsteamet og dokumenteres i pasientens journal.

Nødvendig akutt sedering regnes som symptomatisk behandling. En vurdering av om pasientens situasjon omfattes av retningslinjene må deretter gjøres snarest mulig.

Retningslinjer

1. Med lindrende sedering menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.
2. Lindrende sedering gis umiddelbart, ved utålelig lidelse som springer ut av og domineres av fysiske symptomer. Psykiske symptomer alene er bare i sjeldne tilfeller indikasjon for lindrende sedering.
3. Lindrende sedering skal normalt bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve. Dersom forventet levetid er noe lenger, kan lindrende sedering forsøkes i perioder under fortløpende vurdering av situasjonen.
4. Årsakene til pasientens plager må være adekvat diagnostisert. All annen behandling av enkeltsymptomer må være forsøkt, eller i det minste nøye vurdert, og funnet uten tilstrekkelig nytte.

Hvis åpenbar ressursmangel hindrer optimal behandling og pleie uten sedering, må behandlingsansvarlig lege melde fra til sin ledelse eller til tilsynsmyndighetene. Det vises til meldeplikten i helsepersonelloven § 17.

Figur 1. Legeforeningens retningslinjer for lindrende sedering.

Dersom behandlingsinstusjonen mangler ressurser og kompetanse innen palliativ medisin, skal den søke faglig bistand fra miljø med slik kompetanse.

5. Beslutningen må bygge på en helhetlig faglig vurdering av pasientens situasjon og treffes etter samråd med pleiepersonell og andre leger som kjenner pasienten eller kan bidra med kompetanse.

Den behandlingsansvarlige legen har det formelle ansvaret for beslutningen. Gjennomføringen må bygge på nødvendig medisinsk faglig kompetanse og på etisk refleksjon.

6. Pasienten skal ha individuelt tilpasset informasjon om sin helsestatus og prognose og om hva lindrende sedering vil innebære (herunder sederingens dybde og varighet), risiko knyttet til sedering og eventuelle alternativer til sedering.

Pasienten må, dersom han/hun er i stand til det, gi samtykke til behandlingen.

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, for eksempel på grunn av ekstrem lidelse, kan lindrende sedering likevel gis dersom det etter en samlet vurdering antas å være til pasientens beste.

7. Pårørende bør informeres og høres i beslutningsprosessen dersom pasienten ikke mottar seg dette.

Når pasienten ikke er samtykkekompetent har nærmeste pårørende rett til medvirkning i spørsmålet om lindrende sedering skal iverksettes. Nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsestatus og prognose og hva lindrende sedering innebærer. Nærmeste pårørende skal gis anledning til å gi informasjon om hva den eller de mener at pasienten ville ha ønsket. Etter vurdering av innspill fra nærmeste pårørende fattes beslutningen av behandelende lege.

8. Pasienten skal bare sederes tilstrekkelig dypt til at plagene lindres tilfredsstillende.

9. Når det er mest sannsynlig at sederingen vil bli opprettholdt livet ut, må heving av bevissthetsnivået alltid vurderes og som hovedregel forsøkes. Bli det i løpet av oppvåkningen åpenbart at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar, er det faglig og etisk forsvarlig å sedere pasienten på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes.

10. Pasienten skal overvåkes godt nok for kontroll med bevissthetsnivået, frie luftveier og effekten av behandlingen. Overvåkingen skal omfatte bivirkninger av behandlingen slik at disse kan tas hånd om.

11. Pasienter som har skuffet å drikke, eller drikker lite, trenger normalt ikke væsketilførsel. Hvis pasienten fortsatt tar til seg drikke av betydning, og sederingen gjør pasienten ute av stand til dette, bør det gis væske. Når væsketilførsel er startet for lindrende sedering initieres, bør denne vanligvis fortsette, men må vurderes fortløpende.

12. Behandlingen må dokumenteres i journalen iht gjeldende lovkrav.

Følgende forhold skal ivaretas:

- Begrunnelsen for lindrende sedering
- Beslutningsprosessen, inkludert etiske overveielser
- Informasjon til pasient og pårørende
- Pasient og pårørendes syn på behandlingen
- Gjennomføring og overvåking av behandlingen
- Eventuelle avvik fra retningslinjene

Psykisk lidelse, forventet levetid

Det er ikke uproblematisk at punkt 2 og 3 bruker formuleringer som «i sjeldne tilfeller» i forbindelse med «psykiske symptomer alene» som indikasjon, og at lindrende sedering «normalt bare gis» til pasienter «som antas å ha få dager igjen å leve». For det første er dette uansett en type behandling som gis veldig sjelden. Ved Akershus universitetssykehus, som betjener drøyt 10 % av den norske befolkningen, har man færre enn ti tilfeller per år i den palliative spesialavdelingen med 750–800 innleggelser årlig (16).

For det andre er «psykiske symptomer alene» en formulering som bryter med forestillingen om «total smerte», og som tilsier at slike symptomer ikke er atskilte fra fysiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold. Begrepet opphavskvinne er legen Dame Cicely Saunders (1918–2005), grunnleg-

geren av hospice-bevegelsen (17). Det er følgelig vanskelig å gi mening til utsagnet i punkt 2 om at lidelsen «springer ut av og domineres av fysiske symptomer». På denne bakgrunn foreslår vi at punktet strykes.

Når det gjelder punkt 3, foreslår vi å endre første setning slik at den lyder: «Lindrende sedering i livets slutfase gis normalt til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve.» Punktets andre setning kan strykes ettersom «normalt» innebærer at forventet levetid kan være lenger. Dette vil være i tråd med at European Association for Palliative Care (EAPC) sitt ferske «framework» for lindrende sedering ikke har noen fast grense for forventet levetid, men vektlegger forholdsmessighet mellom lidelsestrykk og tiltak (18).

Heving av bevissthetsnivået

I punkt 9 heter det: «Når det er mest sannsynlig at sederingen vil bli opprettholdt livet ut, må heving av bevissthetsnivået alltid vurderes og som hovedregel forsøkes.» Her mener vi at leddet «som hovedregel forsøkes» er problematisk. Den viktigste grunnen er faren for fornyet lidelse i forbindelse med forsøk på å vekke pasienten. Fredheim og medarbeidere kommenterer (19):

«Although we agree with the part ‘must always be considered’, raising the patient’s level of consciousness ought not ‘as a main rule’ be ‘attempted’ because potentially it could have very bad consequences, not only for the patient but also for those around him or her. We conjecture that there would be a tendency among healthcare personnel to conceive of ‘as a main rule’ as entailing a demand that they wake patients in most cases or even in all cases, as the standard by which they should abide. To avoid the conception and hence minimise the risk of subsequent unfortunate incidents in connection with DPS [deep palliative sedation], we advocate that guidelines that explicitly address the issue of waking patients or decreasing the level of sedation should instead be formulated as follows: ‘must always be considered, but should not be routinely attempted’.»

Vi foreslår derfor denne endringen: «..., må heving av bevissthetsnivået alltid vurderes, men bør ikke rutinemessig forsøkes.»

Væskebehandling

Klinisk praksis i Norge synes å være at lindrende sedering i all hovedsak utføres som dyp og kontinuerlig sedasjon (9) frem til død hos pasienter med få dager forventet levetid, og at man da avstår fra væskebehandling med livsforlengende intensjon, uavhengig av pasientens væskeinntak/væsketilførsel før sedasjonen (16). Vi foreslår derfor at punkt 11 reformuleres til at væskebehandling «vanligvis ikke» er indisert.

Avsluttende bemerkninger

Både klinisk erfaring og etisk refleksjon gjennom de siste ti årene taler for å endre retningslinjen. Vi etterlyser mer konkrete anbefalinger for gjennomføring av lindrende sedering, og en tydeliggjøring av at behandlingsformen er radikalt forskjellig fra dødshjelp. I sum er det behov for revisjon av retningslinjene på en rekke punkter. Ved en revisjon bør man også se hen til EAPCs nye rammeverk for lindrende sedering (18).

De nåværende retningslinjene er utgitt av Legeforeningen. Det bør imidlertid vurderes om reviderte retningslinjer heller bør utgis av Helsedirektoratet – som nasjonal veileder, nasjonale faglige råd eller som nasjonal faglig retningslinje.

English summary

We are of the opinion that *The Norwegian Medical Association's* guideline on palliative sedation at the end of life should be subject to a comprehensive revision. This includes the need for a new item concerning the fundamental differences between palliative sedation and assisted dying, and that specific recommendations should be given for the implementation of palliative sedation.

Litteratur

1. Den norske legeforening. *Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase*. Oslo: Den norske legeforening, 2014. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cc8a-35f6afd043c195ede88a15ae2960/retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf> (10.12.2024)
2. Førde R, Materstvedt LJ, Markestad T et al. Lindrende sedering i livets slutfase – reviderte retningslinjer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 220–221. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1116>
3. Schaufel MA, Førde R, Sigurdardottir KR et al. Lungelegar sine erfaringar med lindrande sedering i livets slutfase. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0778>
4. Fasting A. Etisk utfordrende situasjoner ved livets slutt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0533>
5. Materstvedt LJ, Førde R. Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 2138–2140. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0831>
6. Materstvedt LJ. *Dødshjelp – begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2022. <https://www.fagbokforlaget.no/D%C3%B8dshjelp/I9788245039283> (10.12.2024)

7. Den norske legeforening. Ethiske regler for leger. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2021. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> (10.12.2024)
8. Materstvedt LJ. Confusion and misinformation about assisted dying – even at *The Lancet*. University of Glasgow, Scotland, End of life studies blog, 25.4.2020. <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/confusion-and-misinformation/> (10.12.2024)
9. Materstvedt LJ, Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. *Lancet Oncol* 2009; 10: 622–627. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70032-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70032-4)
10. KNMG. Guideline for palliative sedation 2009. Utrecht, The Netherlands. https://www.palliativedrugs.org/download/090916_KNMG_Guideline_for_Palliative_sedation_2009_2_%5B1%5D.pdf (10.12.2024)
11. Government of the Netherlands 2024. Palliative sedation: a normal medical procedure. <https://www.government.nl/topics/euthanasia/palliative-sedation-a-normal-medical-procedure> (10.12.2024)
12. Materstvedt LJ. Intention, procedure, outcome and personhood in palliative sedation and euthanasia. *BMJ Support Palliat Care* 2012; 2: 9–11. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000040>
13. Materstvedt LJ, Fredheim OM. Lindrende sedering er avansert helsehjelp til døende. *Dagens Medisin*, 16.3.2023. <https://www.dagensmedisin.no/lindrende-sedering-er-avansert-helsehjelp-til-doende/555251> (10.12.2024)
14. Twycross R. Rapid response: When doctors might kill their patients. *BMJ* 1999; 318: 1431. <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/27/when-doctors-might-kill-their-patients> (10.12.2024)
15. Fredheim OMS, Torvund SK, Thoresen L et al. How should respiratory depression and loss of airway patency be handled during initiation of palliative sedation? *Acta Anaesthesiol Scand* 2024; 68: 675–680. <https://doi.org/10.1111/aas.14396>
16. Fredheim OM, Skulberg IM, Magelssen M et al. Clinical and ethical aspects of palliative sedation with propofol – A retrospective quantitative and qualitative study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2020; 64: 1319–1326. <https://doi.org/10.1111/aas.13665>
17. Clark D. ‘Total pain’: the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept. University of Glasgow, Scotland, End of life studies blog, 25.9.2014. <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/> (10.12.2024)
18. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliat Med* 2024; 38: 213–228. <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>
19. Fredheim OM, Materstvedt LJ, Skulberg I et al. Ought the level of sedation to be reduced during deep palliative sedation? A clinical and ethical analysis. *BMJ Support Palliat Care* 2023; 13: e984–e989. <https://spcare.bmj.com/content/13/e3/e984.info> (10.12.2024)

Lars Johan Materstvedt
lars.johan@materstvedt.net
Troavegen 1 D
7046 Trondheim

Lars Johan Materstvedt er dr.art. og professor emeritus i filosofi og medisinsk etikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim. Han er tidligere forsker i Kreftforeningen og var medlem av Legeforeningens arbeidsgruppe for lindrende sedering.

Olav Magnus Søndena Fredheim
olav.magnus.sondena.fredheim@ahus.no
Palliativ avdeling
Akershus universitetssykehus
Postboks 1000
1478 Lørenskog

Olav Magnus Søndena Fredheim er ph.d., spesialist i anesthesiologi, overlege og avdelingsleder, Palliativ avdeling, Akershus universitetssykehus, og professor i palliativ medisin, Universitetet i Oslo.

Legelivet 2.0

Ingvild Holtan-Hartwig
Legen på vidda: Et år i Karasjok
Oslo: Kagge, 2024
251 s.
ISBN 9788248936503

Michael 2025; 22: 60–61
doi: 10.5617/michael.12114



«Turnus i distrikt» er et velkjent begrep for alle leger. I min tid var det gjerne Hattfjelldal som ble trukket frem av forelesere, for å forberede oss på det ekte legelivet. Etter denne boken blir det Karasjok.

Ingvild Holtan-Hartwig ser ut til å ha renskrevet dagboken sin for å fortelle om sitt første år som allmennlege etter et beklageligvis noe uinspirerende og produksjonsarbeiderpreget år som turnuslege ved et større Oslo-sykehus. Lei av by-jag, forventninger og press både fra seg selv og andre tok hun et vågalt valg om å starte et nytt liv i den andre enden av landet. Og selv om termometeret fort krøp godt under null, fremstår Karasjok som langt varmere og mer åpent enn en overfylt 20-buss mellom Galgeberg og Majorstuen.

Boken er selvbiografisk, lettlest og krever ingen medisinske forkunnskaper. Vi får innblikk i mange små og store kliniske og personlige problemstillinger som håndteres i løpet av dette første året i Karasjok. Navn og historier er justert for å ivareta kravet til taushetsplikten. De kliniske situasjonene som er valgt ut, er godt gjenkjennbare for leger i primærhelsetjenesten, og i alle fall for de av oss som

virkelig har hatt turnustjeneste «i distrikt.» Hun drøfter mange viktige dilemmaer og gjør mye rett. Vurderingen av tvangsinnleggelse ved suicidalitet viser typiske alenevurderinger nattestid for allmennleger. Samtalen med pårørende om behandlingsbegrensning i sykehjemmet er så illustrerende at den burde leses av oss alle. Skillet mellom profesjonell og privat rolle for en lege på bygda er en naturlig gjenganger.

Mange vil lese boken med glede. Folk med en fot i Finnmark og dens vidde vil være takknemlig henrykt. Skrivekunst fremvises i bokens beste deler, for eksempel om årets første soldag. Historien om morens død berører oss alle.

Ett sted er det en feil som bør rettes (s. 234). Etter et selvmord i bygda får politiet samme dag kopi av avdødes journal. Det har politiet ikke rett til, og slik utlevering er straffbart. Taushetsplikten i helsepersonelloven § 21 gjelder også etter død. Ved mistanke om at døden er forårsaket ved en straffbar handling, kan det være i avdødes interesse at relevant informasjon gis etter en konkret vurdering. Forbudet mot å ta imot taushetsbelagt informasjon fra leger gjelder både domstolene og politiet og omfattes av det såkalte beslagsforbudet.

Forfatteren utvikler seg fra en noe overtenkende og engstelig «fink pike» til en robust kollega. Dette er nok også kjernen i boken. Hun er godt hjulpet av sin veileder, andre gode kollegaer ved helsesenteret og ikke minst av den nyutdannede politimannen med plikttid samme sted. Kapitlet om isfisketuren forteller om dette «trege, deilige livet, der man har tid til å sanse og somle», som mange av oss leger dessverre kan altfor lite om. Selv om dette ikke er en lærebok, er det mye å lære av boken og av bygda, særlig for oss leger.

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

Jo-Endre Midtbu er spesialist i allmennmedisin og i anesthesiologi og arbeider som fastlege ved Langnes legesenter i Tromsø.

For kategorisk om kroppens rytmer

Sara Nøland

Kroppens rytme : lev i takt med din indre klokke

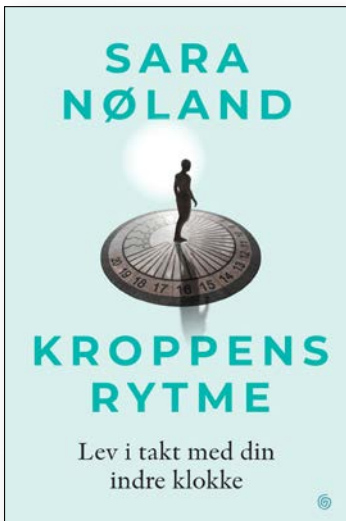
Oslo: Kagge, 2024

219 s.

ISBN 9788248936602

Michael 2025; 22: 62–63

doi: 10.5617/michael.12115



Lege og forsker Sara Nøland er produktiv. *Kroppens rytme* er hennes andre bok på to år. I samme periode har hun gjort seg ferdig med medisinstudiet og forsvart en doktoravhandling i øyesykdommer.

Som helsepersonell lar jeg meg fascinere av et godt språk, oversiktlige kapitler og ikke minst en imponerende litteraturliste. Majoriteten av de 307 referansene er vitenskapelige originalartikler. I motsetning til de fleste andre populærvitenskapelige bøker forankrer Nøland opplysningene med nummerhenvisninger. For helsepersonell er boka både en velegnet innføring i kroppens rytmer og et godt utgangspunkt for å lære mer om hvordan de biologiske rytmene påvirker sykdom og helseplager.

Hva med lesere som ikke er helsepersonell? Det kan gjelde alt fra dem som ikke har problemer med biologiske rytmer, til pasienter med diagnostiserte sykdommer. Det er denne bredden som Nøland henvender seg til i den nærmest befalende siste delen av tittelen: *Lev i takt med din indre klokke*. For noen av disse leserne vil denne boka ikke være et godt valg.

Jeg har de siste 10–15 årene uttalt meg offentlig om bøker og artikler om søvn, søvnproblemer og søvnsykdom. Jeg har særlig vært kritisk til *Hvorfor vi sover* av Matthew Walker. Nølands bok minner om denne bestselgeren i sin faglige grundighet og sine kategoriske råd av typen «praktiser en nattlig faste på 12 timer» og «vær varsom med skjermbruk like før leggetid».

Jeg har de siste årene behandlet flere som har fått søvnproblemer av å lese Walkers bok. De har sannsynligvis blitt syke eller sykere av jakten på den helsebringende søvnen. I disse pasientmøtene har jeg forsøkt å minne om søvnen som en naturlig prosess som ikke nødvendigvis blir bedre av regler og struktur. Hvis noe fungerer ok før man leser en bok, skal man da fikse det?

Mange lesere som ikke er helsepersonell, vil ha nytte av å lære om superklokken, søvnens regulering, kronotyper og når i menstruasjonssyklus kvinner fungerer best. Jeg frykter derimot at helsepersonell i fremtiden vil møte pasienter som søker hjelp til å «optimalisere klokken» (kapittel 4), eller som får søvnproblemer av å «passe seg for sosialt jetlag» (kapittel 5). Denne frykten er, paradoksalt nok, en grunn til å anbefale boka til helsepersonell.

Det er ikke dokumentert noen helsegevinst av å optimalisere lyseeksponering, soveromstemperatur eller tidspunkt for matinntak med mindre man har søvnproblemer, søvnsykdom eller veier for mye. Hvorfor skal en person som opplever å sove godt, avstå fra kaffe etter klokken 14? Og hvorfor skal normalvektige faste i 12 timer? Nøland henter seg riktignok litt inn i første del av kapittel 7 der hun nyanserer påstander om koffein og spesifiserer at effekten av blålysblokkerende briller kun gjelder «dem som strever med innsovningsvansker, forsinket søvnfase-syndrom, skiftarbeid og jetlag». Hun nyanserer også påstander om melatonintilskudd og informerer om at engelske brillkjøpere har fått «villedende råd» om helsegevinst av blålysblokkerende glass. Hun konkluderer likevel med 12 kategoriske råd uten å spesifisere om disse gjelder alle eller kun utvalgte risikogrupper. Enkelte bokkjøpere vil derfor få misvisende informasjon om helsegevinsten av å tilpasse seg sin indre klokke i denne boka.

Harald Hrubos-Strom

harald.hrubos-strom@medisin.uio.no

Harald Hrubos-Strom er overlege i øre-nese-hals-sykdommer ved Akershus universitetssykehus og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

Medisinsk etikk med behov for begrepshjelp

Thomas Ploug og Søren Holm

Medisinsk etik

København: FADL, 2024

168 s.

ISBN 9788793590496

Michael 2025; 22: 64–65

doi: 10.5617/michael.12116



En av forfatterne av denne danske læreboken i medisinsk etikk er godt kjent for et norsk publikum. Søren Holm er lege og har i et langt liv vært professor II ved Senter for medisinsk etikk i Oslo. Holm er en nestor innen medisinsk etikk, ikke minst kjent som tidligere redaktør i det prestisjefylte *Journal of medical ethics*.

Thomas Ploug har markert seg med en sterk interesse for kunstig intelligens og etikk. Plougs bakgrunn er fra filosofi og humaniora, og han har undervist medisinsk etikk i mer enn 20 år.

Siden jeg selv har undervist i faget like lenge og har bidratt i en norsk lærebok i medisinsk etikk, leste jeg boken med stor interesse (og en ørliten interessekonflikt (!)). Å skrive en slik lærebok for medisin-

studenter vil alltid være en avveining mellom filosofisk dybde og klinisk anvendelighet. Bør det være mye etisk teori i begynnelsen slik at studentene har «noe å anvende», når de kommer til kasuistikkene og problemstillingene? Eller bør man heller starte i de praktiske utfordringene for så å trekke inn

den etiske teorien og de etiske prinsippene man behøver? Jo mer filosofisk «legning» man har, desto mer vil man gå for det første.

Om Ploug og Holm må man kunne slå fast at de har en solid dose filosofisk legning. Boken er delt i tre deler, og de to første handler om henholdsvis etiske teorier og etiske prinsipper. Forfatterne er gode til å illustrere de teoretiske poengene og diskusjonene med eksempler fra helsetjenesten. De fremfører filosofiske resonnementer presist og pedagogisk. Språket glitrer til tider, eksempelvis som her: «Medicinsk etik starter og slutter med tanken om menneskets værdighet». Samtidig er det en fare for at stoffet kan oppleves for lite relevant for medisinstudentene. Det er ikke alltid like lett å se sammenheng mellom teori og praksis.

I del 3 blir kjente og utfordrende etiske temaer som abort, fosterdiagnostikk, behandling med tvang, prioritering og mye annet tatt opp. Det er mye dyp og god refleksjon her. Men i kapittel 8 går forfatterne på en smell: Kapitlet heter «Dødshjelp», og forfatterne bruker begreper som «passiv dødshjelp» og «dødshjelp ved palliasjon». Drøftingen av temaet tar utgangspunkt i den klassiske artikkelen fra James Rachels om «active and passive euthanasia». Men mye har skjedd siden den artikkelen ble publisert i 1975.

I Norge har det i mange tiår vært enighet om at «passiv dødshjelp» er et foreldet uttrykk. Vi snakker om *begrensning av livsforlengende behandling*. Vi lærer medisinstudentene at dette er to forskjellige ting, og vi lærer dem hvorfor vi mener det. En uttalelse fra Det etiske råd i Danmark fra 2023 burde være en god bekreftelse på at dansker og nordmenn deler den samme virkeligheten: «Det Etiske Råd undgår bevidst at bruke termene 'aktiv' og 'passiv' dødshjelp. Dels fordi man meget let kommer til at antyde, at selv det at afstå fra livsopretholdende behandling, fremført som 'passiv dødshjelp', udgør en dødshjelp. Dels fordi betegnelsen 'aktiv' lægger op til, at der findes en 'passiv' dublet».

Medicinsk etik er en velskrevet og interessant lærebok. En bonus er at også kunstig intelligens i medisinen har fått en fin drøfting. Boken har absolutt livets rett, med unntak av deler av det nevnte problemkapitlet. Der kan det være på sin plass med både dødshjelp og begrephjelp før neste opplag.

Berge Solberg

berge.solberg@ntnu.no

Berge Solberg er professor i medisinsk etikk og hovedansvarlig for undervisningen i medisinsk etikk ved medisinstudiet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

Fortsatt forarget aktivist

Kjersti Ericsson

Gammel: tanker om å aldres

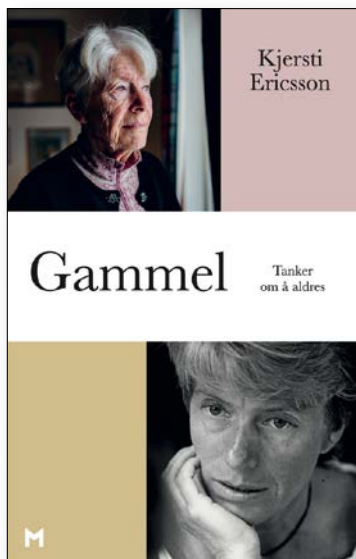
Oslo: Forlaget Manifest, 2024

164 s.

ISBN 9788283421828

Michael 2025; 22: 66–67

doi: 10.5617/michael.12117



Kjersti Ericsson er tidligere professor i kriminologi, politisk aktivist og forfatter av romaner og diktsamlinger. Hun har rundet de 80, og det er fortsatt fart, spenst og analytisk tankekraft igjen i rikt monn.

Hun skildrer det å eldes innenfra som en gradvis prosess med tap av ektefelle, venner og felles minner, og hun kaller det å leve i et *tidseksil*. Hva skjer med kroppen, forholdet til andre mennesker og den aldrenes rolle i samfunnet? Hun betoner elementet av flaks som forklaring på å eldes som friskere enn gjennomsnittet, men også sosial klasse, økonomi, boligforhold, utdanning og levevaner. Noen rammes av sykdom, og andre slipper unna. «Av skade blir man først og fremst skadet, og ikke klok».

Fra sin privilegerte stilling som professor, til dels etter fylte 70 år, har hun fått oppleve en alderdom som skiller seg betydelig fra den en kvinne med hardt fysisk arbeid og lavere pensjon vanligvis får. Uten alvorligere sykdommer har livet likevel sine begrensninger, slik som savnet av å kunne gå på ski og at litt dårligere hørsel gjør samtaler vanskeligere. Men alderen har også sine

gleder, som en lang frokost med aviser, økt tid til å dyrke hobbyer, frivillig innsats, samvær med barnebarn og kulturopplevelser.

Hun har et tankevekkende avsnitt om de voldsomme franske protestene mot å øke pensjonsalderen fra 62 til 64 år, stilt opp mot den norske debatten som er gjenspeilet i *Perspektivmeldingen* i 2024, om at løsning på alle samfunnsøkonomiske bekymringer er at vi alle skal arbeide ett år til. Den franske innstillingen er åpenbart at man skal ha tid til å nyte pensjonistlivet mens man kan, mens den nordiske kanskje ligger nærmere utsagnet: «Arbeta jäklar, i döden får ni vila».

Tapet av jobbidentitet kjennes mindre enn tapet av ektefelle, venner og slektninger. At minner ikke lenger kan deles, at man ikke kan gjøre ting sammen, og at kretsen for sosialt samvær innsnevres, er utvilsomme tap. Med økende skrøpelighet må hverdagen planlegges bedre, og kanskje blir småting utsatt eller uoverstigelige. «Det å bare leve» blir et arbeid.

I kapittelet om å bli en omsorgsbyrde kommer kloke refleksjoner om alt som man maktet før, og som nå ikke lenger er så greit, for eksempel alle de nye kravene som vi stadig stilles overfor med digitalisering. Vi trenger hjelp til små og litt større oppgaver i dagliglivet som snømåking, gressklipping og handling. Fra å gå i demonstrasjonstog for eller imot alle mulige saker burde man nå heller protestere mot manglende tilbud i eldreomsorgen.

Pårørendeoppgaver tilligger ektefellen, dersom man fortsatt har noen, men stadig flere bor alene. Dernest barn, venner og naboer så langt det rekker, før det offentlige hjelpeapparat må trå til. Helsepersonellkommissjonens budskap er klart nok: Forventningene må skruses ned. Den gjensidige frykten for å være en byrde for barna, hviler over begge parter. Stadige innskrenkninger i kommunenes budsjetter og tjenester lover heller ikke godt.

I siste del kommer aktivistperspektivet tydelig fram. Konsekvensene av eldrebølgen har vi ikke tatt innover oss. Omlegging fra et utdanningsamfunn til et eldresamfunn, med flere eldre enn unge, er allerede her, mens de eldre er nærmest usynlige i styre og stell.

Boken er velskrevet, gir plass for refleksjoner over egen aldring og er behørig belagt med noter og referanser.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetik ved Oslo universitetssykehus.

Interessant om kirurgi og kirurger

Johan Bondi
Med kniven i hånden
Oslo: Gyldendal, 2024
202 s.
ISBN 978-82-05-60466-7

Michael 2025; 22: 68–69
doi: 10.5617/michael.12118



Denne boken er lett å anbefale. Den inneholder interessante og underholdende gløtt inn i kirurgien. Underholdningsverdien svekkes ikke av seriøse og gode betraktninger om kirurgers karaktertrekk og om opplevelser fra både gode og katastrofale hendelser på operasjonsstuen. Spesielt er forfatterens refleksjoner om synet på kirurgers personlighet godt skrevet. Det er ikke noe forsvar, sutring eller debattinnlegg om at kirurger dels oppfattes som helter og dels som brutale psykopater. Det er fine beskrivelser av arbeidssituasjoner, stress, usikkerhet, tidsnød, fortvilelse og store gleder.

Leseren blir tatt med inn i situasjoner blant annet som fersk operatør med forfatteren som medoperatør og veileder. Som over en kaffekopp mellom to operasjoner fortelles anekdoter, historiske hendelser og teknologiske fremskritt. Det er også tanker om fremtiden

– diagnostikk og behandling av smerter hos leserens oldebarn i år 2103.

Bondi har talent for å skrive lett og ledig. Språket er ikke akademisk tungt, og heller ikke flåsete og brautende. Det er ikke bare i orden, men

forfriskende at det omtales «trøbbel» i bukhulen. De korrekte fagtermene står i parentes etter de norske ordene og vice versa. Kirurgiske implantater nevnes sammen med beskrivelser av noen pikante hendelser, hvor gjenstander som har kommet inn gjennom forskjellige kroppsåpninger, krever kirurgi for å bli tatt ut. Litt pirk: I undertittelen burde «alt annet» erstattes med «mye annet», men det er også alt språklig jeg har å bemerke.

Historien om elektroingeniøren Wilhelm Röntgens (1845–1923) oppdagelse av X-stråler i 1895 kunne gjerne vært videreført med å nevne hans kollega Godfrey Hounsfield (1919–2004). Han hadde i 1971 videreutviklet røntgenteknologien til CT, som tar bilder av flere snitt gjennom kroppen og kan i dag gi detaljert tredimensjonal fremstilling av organer og sykelige prosesser. Röntgen og Hounsfield fikk hver sin nobelpris (1901 og 1979) og er gode eksempler på at andre enn leger kan bidra med avgjørende fremskritt. Röntgen har fått sitt navn knyttet til sykehusavdelinger, og tetteheten i vevet på CT-bilder måles i Hounsfield-enheter.

Desinformasjon, løgn, juks og svindel forekommer dessverre også i helsevesenet. Det er fint at forfatteren bruker en side på omtale av Paolo Macchiarini, sannsynligvis den største banditten og lystløgner vi har hatt i kirurgien, og som er dømt til to og et halvt år i fengsel. Etter mitt syn er forfatterens omtale av Macchiarini for mild.

Etter noen år med kirurgi er nok denne anmelderen litt utenfor bokens målgruppe, men jeg lærte mye og hadde stor glede av å lese den. Det vil mange i og utenfor sykehusene også ha.

Steinar Solberg
ssolberg@ous-hf.no

Steinar Solberg er dr.med., overlege i thoraxkirurgi ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og forsker i Kreftregisteret.

Doktor og pasient samtidig

Jonatan Wistrand, red.

Sjuk doktor : tio läkare berättar

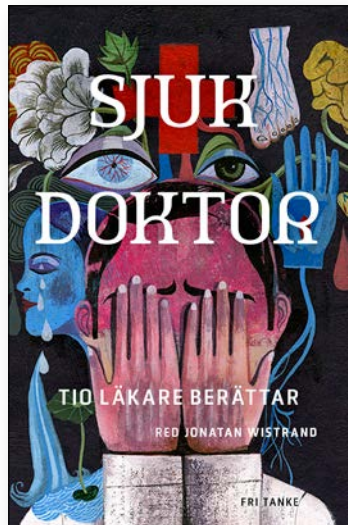
Stockholm: Fri tanke, 2024

176 s.

ISBN 978-91-8973-225-4

Michael 2025; 22: 70–71

doi: 10.5617/michael.12119



Legen som blir syk, går fra å være den mestrende behandleren til å bli den trengende pasienten, fra å være premissleverandør til å måtte ta imot det behandlingstilbud som gis. Når man inkluderer P.C. Jersild, svensk lege og forfatter som har skrevet forordet, og redaktøren Jonatan Wistrand, er det totalt 12 leger som i denne boken beskriver egen sykdom og behandling, og deler sine refleksjoner om å være pasient og lege samtidig.

Legene forteller på en rett frem og modig måte om egen fortvilelse og håp, uro og sorg, forventninger og frustrasjoner. De beskriver til dels gode møter med helsetjenesten og behandlere. De formidler også skuffelse over at systemet, som i stor grad vil si oss selv, ikke har tilstrekkelige tiltak eller forståelse. Særlig ble det tydelig i flere av fortellingene hvordan det å ha langvarige plager når man samtidig skal komme tilbake

i jobb, ikke håndteres godt nok, verken av behandlende lege eller av legekollegene.

Sjuk doktor kom til i forlengelse av Jonatan Wistrands doktorgradsarbeid, der han i en idehistorisk ramme analyserte selvbiografiske tekster om legers

egenopplevde sykdom fra begynnelsen av 1900-tallet til vår tid (1). I avhandlingen diskuterer han blant annet hvordan endringer i både pasientrolle og legerolle gjennom denne tidsperioden speiles i hvordan legenes sykdomsfortellinger endrer seg over tid. Med *Sjuk doktor* ønsket han å plassere legepasienten inn i en samtidig svensk kontekst.

De fleste legene ble rekruttert via en forespørsel i *Läkartidningen*. De representerer ulike aldre, kjønn og medisinske spesialiteter, og spekteret av sykdommer er stort: kreft, koagulasjonsforstyrrelser, prolaps, depressivitet og utbrenthet. Legene kunne skrive helt fritt, men fikk også med noen punkter de kunne forholde seg til: Hvordan var det da du begynte å skjønne at du var syk, praktisk og følelsesmessig, og hva har sykdomserfaringen betydd i ditt fortsatte virke som lege.

Det finnes mange fortellinger om legers sykdom, også fra Norge (2–4). Fortellingene er viktige på flere måter. Å skrive er en måte å se og forstå egne opplevelser og reaksjoner på, og i mange tilfeller erfarer vi at våre reaksjoner på egen sykdom farges av den legekultur og tradisjon vi står i. Legene i denne boken vitner om at vi som legegruppe fortsatt kan oppleve egen sykdom som svakhet. Også sykdomsrollen kan bli en arena der vi forventer av oss selv å fremstå som mestrende og «gode» pasienter, istedenfor å være ærlige på behov både for behandling og støtte. Våre kollegers fortellinger kan hjelpe oss å skjønne at vi ikke er alene om denne type reaksjoner ved egen sykdom.

Marit Grelz, som har overlevd behandling for pancreaskreft, og nå har mange og langvarige seneffekter, avslutter sin fortelling i *Sjuk doktor* på denne måten: «Det är mitt sjuka liv. Men det är mitt, och det är liv».

Litteratur

1. Wistrand J. *Läkaren som patient. Dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal*. Doktoravhandling. Lund: Lunds universitet, 2019.
2. Anker H, red. *Når legen blir syk : ni norske leger forteller*. Oslo: Aschehoug, 1988.
3. Christie VM. *Syk lege : en presentasjon gjennom 88 legers egne stemmer*. Oslo: Unipub, 2001.
4. Hem E, Haug C, red. *Livet som lege*. Oslo: Den norske legeforening, 2011.

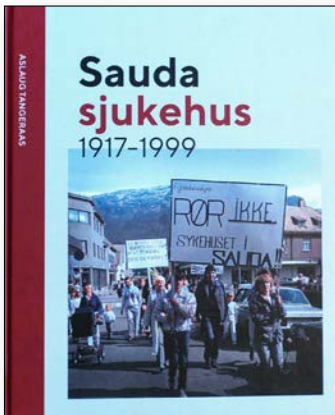
Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Et lite stykke Norge – vekst og fall for Sauda sjukehus 1917–1999

Aslaug Tangeraaas
Sauda sjukehus 1917–1999
Sauda: Tangeraaas forlag, 2024
231 s.
ISBN 978-82-303-6626-4

Michael 2025; 22: 72–73
doi: 105617/michael.12120



I årene etter forrige hundreårsskifte skjedde det en betydelig industriutbygging på mange mindre steder i Norge der det var nærhet til elektrisk kraft. Oppføring av smelteverk og annen kraftkrevende virksomhet kunne forvandle små lokalsamfunn preget av primærnæringer, til dynamiske industrisamfunn i løpet av kort tid. Hundre år senere var forutsetningene blitt annerledes og samfunnene igjen forandret. Sauda, innerst i Rogalands kronglete fjordlandskap, er et slikt sted.

Amerikanske *Union Carbide* hadde i årene under første verdenskrig etablert seg i Sauda for å utnytte den nyutbygde fossekraften. Konsesjonsbetingelsene krevde at de skulle etablere og drive et sykehus på stedet. Derfor

ble Sauda sjukehus opprettet i 1917. Dette er historien om sykehuset og dets funksjon i omskiftelige tider, fram til nedleggelsen i 1999.

Det er blitt en flott bok. Den har stort format, tettpakket tospaltet tekst og tallrike gode illustrasjoner. Materiale og metode er greit beskrevet. Det er et medisinhistorisk arbeid som består sin prøve.

Man kunne tro at sykehushistorie ville være kjedelig lesning, men her har forfatteren en framstillingsform som fenger. Hun dykker ned i sitt rik-

holdige kildemateriale og behandler det med kjærlighet og skjønnlitterær innlevelse. Samfunnsutviklingen er integrert hele tiden, så leseren følger spent med på hvordan tettstedet og befolkningen rundt sykehuset endres – fra en tid uten vei, vann, renovasjon, elektrisitet og fram til å bli en moderne by med et velutstyrt sykehus.

Forfatterens omfattende bruk av fulle navn for pasienter gir stoffet spenst og nærhet, men er litt uvanlig. Det kan hende enkelte lesere vil oppfatte sine forfedres helseplager som noe mer privat.

Medisinsk sett fikk personalet og de ca. 30 sykehussengene atskillig å bryne seg på. Like etter etableringen slo spanskesyken til. Deretter kom en lungesykdom som skyldtes den manganholdige røyken fra smelteverket. Tuberkulosen var en stadig underliggende utfordring. Og kirurgen på sykehuset måtte arbeide selvstendig og allsidig på en måte som neppe ville blitt ansett som betryggende i dag. Forfatteren dokumenterer hvordan sykehuset åpenbart hadde en samlende og identitetsskapende funksjon for befolkningen. Denne funksjonen forklarer noe av det som hendte etterpå.

De første fire delene av boka følger sykehuset og industristedet Sauda fram til gullalderen rundt 1960. I siste del legger imidlertid forfatteren inn et annet gir. Det heter «Kamp» og er konsentrert om det store skiftet da Rogaland fylkeskommune overtok sykehuset i 1968 og tiden fram til det ble lagt ned i 1999.

Den medisinske utviklingen hadde gjort det vanskelig å rekruttere leger til et så vidt lite og perifert sykehus. Årene etter 1968 ble en kamp for å bevare sykehuset som institusjon på stedet – en tilsvarende utvikling som vi har sett ofte ellers, og som vi også kjenner igjen når det gjelder nedleggelse av fødetilbud, skoler m.v. over det ganske land. Det er trygghet og hjemmekjærhet som skakes opp, realistisk eller ikke.

En felles ytre fiende stimulerer til samhold. Det blir imidlertid paradoksalt når denne ytre fienden er politikere man har valgt selv. Aksjonistene nådde ikke fram. Forfatteren beskriver folkets kamp mot folkestyret og demonstrerer et av mange eksempler på dysfunksjonelt demokrati.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Mitt liv som tunghørt

Frank Rossavik

Hæ? Et liv som tunghørt

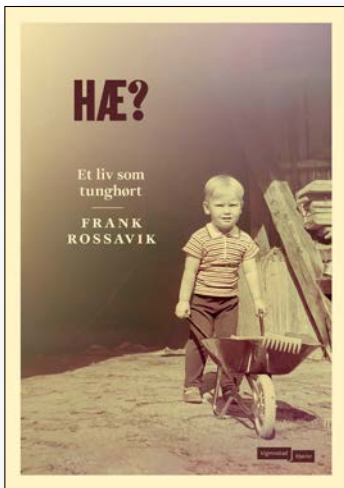
Bergen: Vigmostad Bjørke, 2024

203 s.

ISBN 978-82-419-6327-8

Michael 2025; 22: 74–75

doi: 10.5617/michael.12121



Dette er en bok «om å leve med en funksjonshemning som påvirker manges liv, til dels kraftig, men som få likevel snakker om», skriver Frank Rossavik i forordet. Han er kjent gjennom et langt liv som pressemann, nå som kommentator i *Aftenposten*.

Forfatteren gir oss en kronologisk skildring av eget liv fra han plutselig ble døv som fireåring av ukjent årsak. Han gikk på vanlig skole og beskriver seg selv som både mobbeoffer og mobber gjennom barndommen. Vi følger ham fra skolegang til journalistisk karriere, og han dveler flere steder ved det han kaller sitt livs store mysterium: Hvorfor ville jeg, med min tunghørthet, av alle ting bli journalist? Og hvordan klarte jeg det? Selv om han har opplevd livet som en ensom kamp, dokumenterer han samtidig en uvanlig mestringsevne.

Med et langt livs skriveerfaring bak seg, er naturlig nok språket godt. Men biografidetaljene blir for mange, og det personlige grenser flere steder mot det private. De mest interessante kapitlene er der han tar opp generelle problemstillinger knyttet til hørselstap.

Identitet er en slik problemstilling. Det er forskjell på å ha et hørselsproblem og å identifisere seg som hørselshemmet. Mange eldre kvier seg for å søke hjelp og å bruke høreapparat ved aldersbetinget hørselstap fordi man ikke vil identifisere seg med «denne gruppen».

Mens det er bortimot en million mennesker med hørselshemning i Norge, er det bare noen få tusen døve. Selv om grensen rent medisinsk er flytende, er identiteten og tilhørigheten ulik. De to gruppene har endatil to forskjellige interesseorganisasjoner; Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) og Norges Døveforbund.

De kulturelle aspektene ved døvhet ble tydelige da kokleaimplantat ble introdusert i slutten av 1980-årene. Det overrasket mange at de døve og deres organisasjoner møtte tilbudet med skepsis, og til dels motstand. Hvorfor et medisinsk-teknisk mirakel fikk kulturell motstand, var tema for et aktørseminar i 2014 (1). Seminaret dokumenterte spenningen mellom et medisinsk miljø som la vekten på helbredelse og et døvemiljø som la vekten på identitet. De døve opplevde gjennomslaget de hadde fått for tegnspråk som et eget språk, som truet. Rossavik er for øvrig nådeløs i sin skildring av «sekten på Ål» og den måten tegnspråkmiljøet dyrket sin identitet på. Frontene er heldigvis langt svakere i dag.

Arbeidslivsintegrering av hørselshemmede er en annen problemstilling. Kun en av fire med moderat hørselstap hadde tilrettelagt arbeidsplass i 2018. Dagens teknologi gir utnyttede muligheter.

Hørselshemmede er landets største gruppe av funksjonshemmede. Ikke bare er funksjonshemningen usynlig, det er også personene som har den – i hvert fall i det offentlige rom. Enig eller uenig med Frank Rossaviks ofte krasse formuleringer; han skal ha all ære for å profilere en ofte oversett gruppe.

Litteratur

1. Evensen SA, Natvig JB, Larsen Ø, red. Da cochleatransplantasjon kom til Norge. *Michael* 2015; 12: 7–140. <https://www.michaeljournal.no/journal/2015/1> (2.12.2024).

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo, redaktør av Michael og styremedlem i HLF Rehabilitering.

Fire nådeløse uker i Gaza

Erik Fosse

Krigens hus : notater fra Gaza

Oslo: Spartacus, 2024

208 s.

ISBN 978-82-430-1632-2

Michael 2025; 22: 76–77

doi: 10.5617/michael.12122



Kirurgen Erik Fosse beskriver krigens redsler blant palestinerne i Gaza i januar 2024. To måneder er gått siden Hamas' bestialske angrep på Israel. Gjengjeldelsen er overveldende og tar ikke slutt. Fosse er daglig leder av bistandsorganisasjonen Norwac, som har jobbet med medisinsk hjelpearbeid i Midtøsten gjennom flere tiår, blant annet i Gaza.

Det norske teamet ankommer European Gaza-sykehuset 11. januar, og dagen etter er han i gang på operasjonsstuen. Boken er rått bearbejdede dagboksnotater samlet i 12 kapitler og et lengre etterord. *Inn i mørket* er tittelen på kapittelet der ankomsten beskrives. Det passer godt. Det sparsomt utstyrte sykehuset er i praksis også en flyktningleir der hundrevis av mennesker bor i telt laget av planker og presenninger kloss inntil akuttmottaket. Inne på sykehuset oppholder det seg pårø-

rende og pasienter om hverandre hvor de finner plass, som på en avsats i et trappeløp. Det er mangel på vann og problemer med å holde operasjonsfeltet sterilt, og nye skadde strømmer inn. De fleste er voksne kvinner og menn skutt i filler av splinter, men ikke mer enn at de er i live. Få skadde

barn kommer til sykehuset, sannsynligvis fordi høyhastighets splinter er dødelige for små kropper, og dessuten er evakueringstiden for lang. Situasjonen er et helvete, og det får Fosse godt frem.

Fosse understreker flere ganger at det er medisinsk nødhjelp han driver. Han holder seg godt unna å fremme politiske meninger og dele skyld for tragedien som avdekkes dag for dag i antall drepte palestinere. Ikke fordi han ikke kan ha en mening om det, men fordi israelerne raskt nekter adgang til Gaza for hjelpearbeidere med politiske synspunkter på hva som skjer.

Påkjenningene er enorme og risikoen betydelig. En ting er faren for å bli drept i krigshandlinger, noe annet at det synes umulig å unngå sykdom under oppholdet. Nesten alle i teamet er i dagevis ute av stand til å arbeide på grunn av infeksjoner i mage-tarm-systemet og i øvre luftveier.

Det står enorm respekt av arbeidet som Fosse og hans team av leger og sykepleiere makter å utføre under de vanskeligste omstendigheter. De krigførende parter i denne krigen har en ting felles: en nærmest total mangel på respekt for de siviles lidelser.

Stein A. Evensen
s.a.evensen@outlook.com

Stein A. Evensen er professor emeritus og tidligere dekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Godt arbeidsmiljø – suksessfaktor også i helsetjenesten

Ingvild Sagberg

Å studere arbeidsmiljø

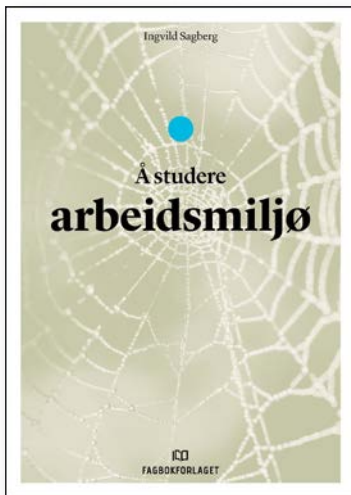
Bergen: Fagbokforlaget, 2024

230 s.

ISBN 9788245038354

Michael 2025; 22: 78–79

doi: 10.56175/michael.12123



«Arbeidsmiljøet spiller en avgjørende rolle for arbeidstakernes trivsel, engasjement og helse. Det påvirker virksomhetens produktivitet og resultater, og har betydelige konsekvenser for både kulturen og økonomien i samfunnet», står det på vaskeseddelen til denne boka.

Forfatteren har utvilsomt rett. Jeg har 40 års erfaring som bedriftslege, leder i næringslivet og sist som generalsekretær i Den norske legeförening gjennom 12 år. Jeg har erfart betydningen av hvor viktig det er at vi trives, opplever god psykososial trygghet, anerkjennelse, stolthet og motivasjon i jobben.

Jeg har sett utallige eksempler på hvor viktig arbeidsmiljøet er for resultater og måloppnåelse, uavhengig av bransje og virksomhet. Det er like sentralt i offentlig sektor som i næringslivet, både for opp-

levelse av egen helse og for sykefravær. God ledelse og organisering forebygger fravær og fremmer nærvær og mestring. Det er avgjørende også i helsetjenesten, ikke minst for medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet.

Arbeidsmiljø er ferskvara. Det hjelper ikke at vi hadde det bra på jobb i går, hvis vi har det dårlig i dag, fordi vi ikke evner å ta tak i vanskelige

saker. En ledelse som aktivt engasjerer seg og samarbeider tillitsfullt og tett med tillitsvalgte og verneombud om hva som er viktig i arbeidsmiljøet, er ofte en suksessfaktor i seg selv. Vi er hverandres arbeidsmiljø og påvirkes av det vi opplever på arbeid, også på fritiden. Vi har alle en plikt til å bidra til et godt arbeidsmiljø, si fra om kritikkverdige forhold og bidra til løsninger.

Forfatteren omtaler relevante og viktige temaer for et godt arbeidsmiljø. Leseren får også mulighet til å se nærmere på hva enkeltelementene betyr. Hva sier arbeidsmiljøloven, og hva er viktige erfaringer fra trepartssamarbeidet og inkluderende arbeidsliv? Hva er den juridiske forståelsen av hva som er en arbeidsgiver, selvstendig næringsdrivende og arbeidstaker? Hvorfor er medvirkning og involvering betydningsfullt? Hva betyr ledelse og organisering? Forfatteren omtaler også nye utfordringer når vi jobber hjemmefra, utenom arbeidstid, eller i prosjekter på tvers av organisasjoner og landegrenser. Leseren får en grundig beskrivelse av hvordan arbeidsmiljøspørsmål kan håndteres kunnskapsbasert, blant annet gjennom arbeidsmiljøundersøkelser og oppfølging.

Virkeligheten er den beste læreboka. Forfatteren lykkes med virksomhetsnære beskrivelser av utfordringer og muligheter. Det eneste jeg savner, er flere konkrete eksempler på hva enkelte virksomheter har fått til og hvordan de har gått fram.

Boka er inndelt i sju kapitler: miljøet vi arbeider i, det juridiske arbeidsmiljøet, det fysiske arbeidsmiljøet, det psykososiale arbeidsmiljøet, det organisatoriske arbeidsmiljøet, om undersøkelse og utvikling av arbeidsmiljøet, og det grenseløse arbeidslivet. Dette siste kapitlet omtaler økende digitalisering og fleksibilitet, noe som kan føre til psykisk utmattelse. Hva kan gjøres for å hindre det?

Bakerst i boka er det lister med ordforklaringer, referanser og stikkord. Som leser får man raskt oversikt over hva som er viktig når arbeidsmiljøet skal studeres. Beskrivelser og påstander er godt dokumentert med kildehenvisninger og fotnoter.

Å studere arbeidsmiljø er svært relevant lesing for alle som er opptatt av arbeidsliv og arbeidsmiljø, enten man er leder, ansatt, selvstendig næringsdrivende, bedriftshelsetjeneste, tillitsvalgt eller verneombud. Boka bør ha et stort nedslagsfelt.

Geir Riise

geir.riise@hmslegen.no

Geir Riise er lege og tidligere generalsekretær i Den norske legeförening. Han arbeider i dag som foreleser, styremedlem og rådgivende lege fra egen virksomhet.

Forskningsbasert om helsekompetanse

Sølvi Helseth, Kjell Sverre Pettersen og Astrid K. Wahl, red.

Helsekompetanse: teori, forskning og praksis

Bergen: Fagbokforlaget, 2024

296 s.

ISBN 978-82-450-4342-6

Michael 2025; 22: 80–81

doi: 10.5617/michael.12124



Helsekompetanse er den offisielle omsettinga av det engelske omgrepet *health literacy*, og denne boka er den første i sitt slag i Noreg. Boka har som mål å femne breitt og vere til nytte både for studentar, forskarar, helsepersonell og helseleiarar. 34 forfattarar har bidratt i 26 kapittel. Dei fleste har forskarkompetanse og er med i det norske nettverket for forskning på helsekompetanse: HELINOR.

Boka er delt inn i fire delar med 5–10 kapittel: Introduksjon til helsekompetanse som fagfelt; Helsekompetanse i et mangfoldig samfunn; Intervensjoner og tiltak for å fremme helsekompetanse; Helsetjenestevennlige helsetjenester og utdanning.

Redaktørane har gjort eit godt arbeid med å få boka til å framstå som ein heilskap med så mange forfattarar.

Det er lite gjentakingar og språket er godt, slik at det alt i alt er ei rimeleg lettlesne bok. Ho ber preg av at det er forskarar som er forfattarar, med vekt på eit forskningsbasert kunnskapsgrunnlag og kunnskapsstatus innan dei ulike temaa.

Del ein er av meir overordna karakter, og denne bør lesast av dei fleste. Dei ti kapitla i del to vil nok i ulik grad vere av interesse ut frå eigen bakgrunn og fagfelt. Del tre omtaler intervensjonar, og her er det presentert nokre rammeverk med tilhøyrande døme. Del fire omtaler institusjonell helsekompetanse, helsekommunikasjon, tillit, utdanningsinstitusjonar og helsekompetanse samt helsekompetanse og humanistisk translasjonsforskning. Det siste er eit kort kapittel som eg oppfattar som ei lita perle i boka, og det gir eit godt grunnlag for refleksjon over eigen praksis og verdjar.

Forfattarane får godt fram helsekompetanse som eit multidimensjonal, sosiokulturelt, kontekstavhengig og tverrfagleg omgrep. Dette gir lesaren fleire perspektiv og fremjar refleksjon rundt dei mange temaa som er omtalte. Dei viser samstundes kor nær helsekompetanse er knytt til brukarmedverknad og samval. Kor viktig helsekompetanse kan vere for framtidig berekraft i helsetenestene, er uventa lite omtalt.

Det er lite konkrete råd i boka, men heller døme på kva som har fungert eller kan fungere av tiltak på dei ulike områda som vert omtalt. Som kliniskar og forskar opplever eg dette som både styrke og svakheit. Ein blir i dei mange kapitla ført inn i kunnskapsgrunnlag og kunnskapsfronten på ein god måte. Som kliniskar kunne eg nok ønske meg at eg oftare fekk oppsummert kva som er effektivt eller ikkje i å fremje helsekompetanse både på individnivå og institusjonsnivå. Sidan dette er tema som er nær knytt til helsepedagogikk og helsekommunikasjon, og som ligg utanfor kjernen til boka, så skjønar eg dei vala som er gjort. Men det gjer nok likevel boka litt mindre tilgjengeleg for kliniskarar. Den klare styrken til boka på dette feltet er del fire som handlar om helsetenestevenlege helsetenester og utdanning, og som i større grad gjev tilrådingar, og knyter praksis opp mot verdjar og helsepolitiske føringar.

Eg meiner boka fyller mange av intensjonane som er uttrykt i føreordet og vil vere nyttig for målgruppene.

Torstein Hole

torstein.hole@mimer.no

Torstein Hole er overlege ved hjarteseksjonen, Ålesund sjukehus, og professor II ved Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet.

Tidsskriftet *Eyr* som julegave fra Cappelen Damm

Michael 2025; 22: 82–85

doi: 105617/michael.12125

Michael og Det norske medicinske Selskab har fått et komplett sett av tidsskriftet *Eyr*, som ble utgitt fra 1826 til 1837, fra Cappelen Damm forlag. Det går en historisk linje fra *Eyr* til *Michael*.

«Jeg gjennomgår for tiden bokarkivet til Cappelen Damm fordi forlaget flytter til nytt forlagshus i 2025. Arkivet inneholder bøker fra tidlig 1800-tall og til i dag. Blant de eldste bøkene finnes samtlige årganger av tidsskriftet *Eyr*, bundet inn i bøker (11 bind)». Denne e-posten kom til *Michael* i november 2024 sammen med et tilbud om å overta de 11 *Eyr*-bindene. Tilbudet ble mottatt med glede og takknemlighet.

Sjelden gave

Tidsskriftet *Eyr* ble etablert av professorene Michael Skjelderup (1769–1852) og Frederik Holst (1791–1871) i 1826. Tidsskriftet sprang ut fra det medisinske leseselskapet i Christiania som var opprettet samme år, og ble formalisert som Det norske medicinske Selskab i 1833. Slik kan *Eyr*, med mellomleddet *Norsk Magazin for Lægevidensaben* (1840–1938) som også ble utgitt av Selskabet, betraktes som en forløper til *Michael*. Vi publiserte *Eyrs* historie som et supplement til *Michael* i 2015 (1) (figur 1).

Eyr ble utgitt som kvartalsvise hefter, og opplaget var lite. I første hefte i 1829 finnes en liste over 114 «subskribenter» (1). De fleste utgaver av *Eyr* som eksisterer i dag, er innbundne årganger med fire hefter per bind. Denne innbindingen må ha blitt gjort av abonnentene, kanskje år for år etter utgivelsen. I alt ble det utgitt 43 hefter med totalt 4097 sider. Samlet utgjør det 11 bind, der siste bind (1836/1837) riktignok kun inneholder tre hefter (figur 2).



Figur 1. Eyr, det første, norske medisinske tidsskriftet var viktig i utviklingen av en nasjonal, norsk medisin og i utformingen av en norsk legerolle.

Det er uvisst hvor mange enkeltutgaver av *Eyr* som finnes i dag, men det er neppe mange. Ettersom vi må anta at det bare var et lite antall som ble bundet inn, og især som komplette samlinger, er gaven fra Cappelen Damm meget sjelden.

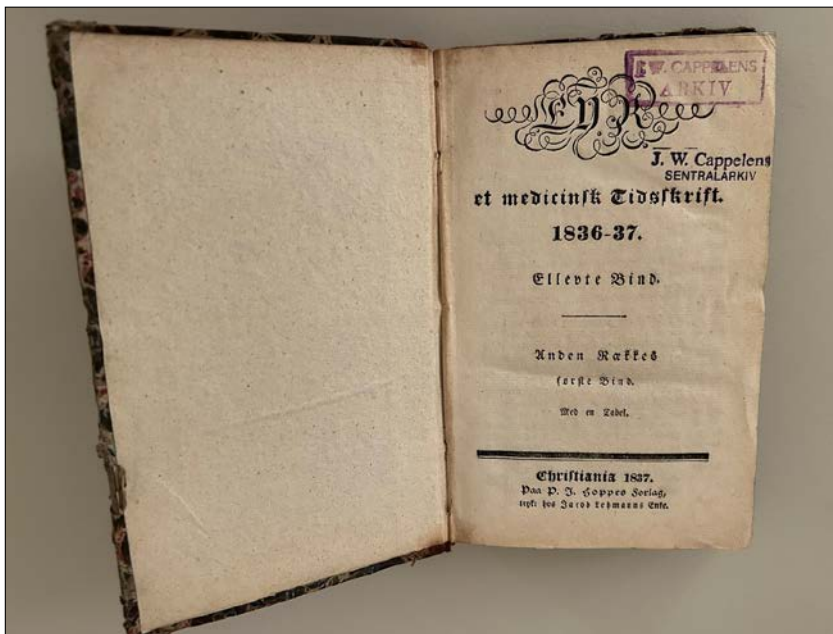
Hvordan havnet *Eyr* hos Cappelen?

Eyr ble fra begynnelsen trykket og utgitt av dansken Johan Jacob Lehmann (1779–1827). Han hadde opprettet trykkeri i Tollbodgaten 13 i Christiania med støtte fra Selskabet for Norges Vel i 1810. Lehmann var blant annet den første forlegger av den norske almanakk og utgiver av flere av tidens få aviser og tidsskrifter. Lehmann var byens tredje boktrykker, og han drev dessuten en stor bokhandel (2, s. 152). Johan Jacob Lehmann døde allerede i 1827, året etter at *Eyr* ble etablert. Boktrykkeriet ble drevet videre av enken og sønnen etter hans død. «Trykt hos Jacob Lehmanns Enke» står det på de senere utgivelser av *Eyr*.

Selv om Lehmanns Enke også drev forlag, ble forleggeransvaret for *Eyr* flyttet av ukjente grunner. Oversikten over norske tidsskrifter viser at utgivere etter Lehmanns død var «Messell, Keyser & Comp. 1827–28, P. J. Hoppe 1829–1837» (3, s. 54).



Figur 2. I alt 43 hefter av Eyr er samlet i 11 årgangsbind fra 1826 til 1836/1837.



Figur 3. «Med dette Hefte sluttet Tidsskriftets ellefte Bind» står det på side 339 i det som skulle bli siste utgivelse av Eyr. At det var ambisjoner om en fortsettelse, kan imidlertid sees av årgangens tittelblad der det står «Anden Rækkes første Bind». Fortsettelsen ble Norsk Magazin for Lægevidenskaben, som kom ut i hele 99 år fra 1840, før det opphørte som selustendig tidsskrift.

Jørgen Wright Cappelens (1805–1878) etablerte forlagsbokhandel i Christiania i 1829 (4), og han kjøpte det Lehmannske boktrykkeri på 1830-tallet (Ingunn Lindborg, personlig meddelelse). Med på kjøpet fulgte trolig en rekke tidligere produksjoner. De foreliggende er stemplet «J. W. Cappelens arkiv» (figur 3).

I 2007 fusjonerte J. W. Cappelens Forlag med N. W. Damm & Søn, som ble etablert av Niels Wilhelm Damm (1816–1878) i 1843 (4). Cappelens Damm eies i dag av danske Egmont Holding AS. Det er Norges største bokforlag og det tredje største bokkonsernet etter Gyldendal ASA og Aschehoug (5).

De velholdte eksemplarene av *Eyr* som *Michael* og Selskabet har fått i gave, bærer knapt preg av å ha vært åpnet. Nesten 200 år senere er de altså havnet hos sin etterkommer, nemlig *Michael*, som endatil har navn etter en av *Eyrs* redaktører.

Litteratur

1. Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/17>
2. Tveterås H. *Den norske bokhandels historie. Forlag og bokhandel inntil 1850*. Oslo: Norsk bokhandler-medhjelper-forening, 1950.
3. Tveterås H, Grønland E. *Norske tidsskrifter: Bibliografi over periodiske skrifter i Norge inntil 1920*. Oslo: Universitetsbiblioteket, 1984.
4. Lindborg I. *Cappelen Damms historie*. <https://cappelendam.no/om-cappelen-damm/cappelen-damms-historie> (3.1.2025)
5. Røhne B, Neraal A. Cappelen Damm. Store norske leksikon. https://snl.no/Cappelen_Damm (3.1.2025)

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Pål Gulbrandsen ny redaktør i *Michael*

Michael 2025: 22: 86

doi: 105617/michael.12126

Det norske medisinske Selskab utpekte i styremøte 15. januar 2025 Pål Gulbrandsen som ny redaktør i Michael i tillegg til dagens redaksjon.



Pål Gulbrandsen (f. 1955) er utdannet lege ved Universitetet i Bergen, og har doktorgrad fra Universitetet i Oslo (1998). Han er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og fra 2011 professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo. Han har også vært gjesteprofessor ved Johns Hopkins University i Maryland, USA (2017) og adjungert professor ved Syddansk Universitet i Odense (2014–2020). Pål var direktør for Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) til virksomheten ble innlemmet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, der han var avdelingsdirektør. I 2005 fikk han i oppdrag å bygge opp Avdeling for helsetjenesteforskning ved Akershus universitetssykehus.

Påls hovedinteresseområder er undervisning og kommunikasjon. I 2008 valgte han å tre av som avdelingsleder for å bruke hele sin tid på forskning og undervisning. Han har bidratt til innføring av kommunikasjonskurset *Fire gode vaner*, som nå drives i 14 sykehus. Etter endringen i spesialistutdanningsforskriften i 2017 designet han et regionalt kurs i supervisjon og veiledning med kommunikasjon som verktøy, for å bygge opp slik kompetanse i sykehus. Lokale kurs drives nå i alle helseforetak i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Som *Michaels* øvrige redaktører, har Pål erfaring fra *Tidsskrift for Den norske lægeforening* der han var medisinsk redaktør fra 1998 til 2002. Pål ønskes velkommen av redaksjonen i *Michael*, som ellers består av Jan Frich, Erlend Hem, Nina Husom, Øivind Larsen og Magne Nylenna.

Det norske medisinske Selskab 2024

Michael 2025; 22: 87–93

doi: 10.5617/michael.12127

Det norske medisinske Selskab hadde 313 medlemmer ved utgangen av 2024. Det ble arrangert ni godt besøkte møter i løpet av året. Legenes hus er blitt et veletablert møtested, og med unntak av julemøtet ble alle møtene holdt der. Tidsskriftet Michael utga to supplementer i tillegg til de ordinære fire heftene og ble inkludert på publiseringsplattformen FRITT med doi (digital object identifier) for hver artikkel.

Våren 2024

Onsdag 17. januar 2024 kl. 19:15 var temaet *Overvektbehandling: nye medikamenter, nye muligheter*. Semaglutid og andre GLP-1-analoger har revolusjonert behandlingen av overvekt. Innledere var overlege Serena Tonstad, Oslo universitetssykehus, og divisjonsdirektør Linda Granlund, Helse direktoratet. 27 møtedeltakere hadde funnet veien i dårlig vintervær.

Onsdag 21. februar 2024 kl. 19:15 var det debattmøte med tittelen *Når og hvordan bør prostatakreft behandles? Hva kan vi lære av PROTECT-studien?* Innledere var overlege Erik Skaaheim Haug, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg, som er leder av Fagrådet for Kvalitetsregister for prostatakreft, og professor Truls Erik Bjerklund Johansen, Universitetet i Oslo. Med 51 frammøtte ble det en aktiv debatt som avdekket overraskende stor enighet blant de innledende urologene.

Onsdag 20. mars 2024 kl. 19:15 var temaet *Er det normalt å ha psykisk lidelse?* Utgangspunktet var medieoppslag om sterk økning i psykiske lidelser, særlig blant ungdom. Psykiater Sigmund Karterud og psykolog Ole André Solbakken, begge professorer ved Universitetet i Oslo, holdt innlegg for 55 deltakere.



Figur 1. Avdelingsdirektør Kari Nytrøen presenterte Norsk helsearkiv på Tynset under vårsemesterets siste møte. Møteleder Magne Nylenna til venstre (Foto: Øivind Larsen)

Onsdag 17. april 2024 kl. 19:15 var temaet *Vi blir færre! Global nedgang i fertilitet.*

Professor Vegard Skirbekk, forskningsleder ved Folkehelseinstituttet og professor ved Columbia University, holdt foredrag. Det var 46 deltakere.

Onsdag 22. mai 2024 kl. 19:15 ble oppgaver og muligheter ved Norsk helsearkiv presentert av avdelingsdirektør Kari Nytrøen under tittelen *Vi havner alle på Tynset* for 35 frammøtte (figur 1). Etter det faglige møtet ble årsmøtet i Det norske medicinske Selskab 2024 avholdt.

Høsten 2024

Onsdag 18. september 2024 kl. 19:15 handlet det om *Helseberedskap i en urolig tid.*

Det var to innledninger: Nå er det alvor – rustet for en usikker fremtid? ved Cecilie Daae, direktør ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, og medlem av Totalberedskapskommisjonen. Krig og helse – behov for helsetjenester i krigens skygge ved Petter Iversen, sjef for Forsvarets sanitet (figur 2).



Figur 2. Brigader Petter Iversen, sjef for Forsvarets sanitet, orienterte om norsk helseberedskap under høstens første møte (Foto: Øivind Larsen)

43 deltakere forlot møtet med mer kunnskap, men neppe med mindre bekymring.

Onsdag 23. oktober 2024 kl. 19:15 var temaet *Moderne kirurgisk behandling av hjernesvulster – om våkenkraniotomier og persontilpasset behandling.*

Einar Osland Vik-Mo, overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, og professor II, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, presenterte nye operasjonsmetoder med illustrerende videoeksemplere. Det var 46 deltakere.

Onsdag 20. november 2024 kl. 19:15 ble *Michaels* supplement 33 *Hjernen og mytene* lansert. Etter en introduksjon ved Are Brean, nevrolog, redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeforening* og leder i Den norske nevrologiske klubb, ble fire kapitler i boken presentert (figur 3):



Figur 3. Deltakelsen under presentasjonen av Michael Supplement 33 «Hjernen og mytene» var rekordstor. Her gir lederen av Den norske nevrologiterære klubb Are Brean en introduksjon til boken (Foto: Øivind Larsen)

- Medisinske og nevrologiske motiv i Jonas Fjeld-serien. Ved Jan Frich, professor, Universitetet i Oslo og administrerende direktør i Helse Midt RHF
- Drev CIA hemmelige eksperimenter med hjernekontroll i Oslo? Ved Espen Dietrichs, professor/overlege, Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus
- Ut av deg sjæl-opplevelser (autoskopiske fenomener) i litteratur og kunst. Ved Jeanette Koht, overlege, Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus
- Soppen bak legendene – er det en sammenheng mellom meldrøye og hekseri? Ved Ragnar Stien, nevrolog, Oslo

Møtet hadde rekordoppslutning med 116 deltakere, blant andre tidligere presidenter og generalsekretærer i Legeforeningen, som var spesielt invitert.

Onsdag 11. desember 2024 kl. 18:00 ble årets julemøte avholdt i Oslo katedralskole. Med 80 deltakere i salen ble *Michael* nr. 4–2025 med tittelen *Dr. Gjessings laboratorium* presentert i tre innlegg:

- Biologisk psykiatri i Norge. Ved Ulrik Fredrik Malt, professor emeritus, Universitetet i Oslo
- Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning. Ved Tore Gude, professor emeritus og nestleder ved Dikemark sykehusmuseum
- I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene fra 1934. Ved Merethe Roos, professor, Universitetet i Sørøst-Norge

Det var etterfølgende bespisning og sosialt samvær (figur 4).

Årsmøtet 2024 og andre saker

Årsmøtet ble avholdt 22. mai 2024. Årskontingenten ble vedtatt økt til kr 650.

Det var ikke valg i 2024, og for perioden 2023–2025 er dette styret valgt:

Magne Nylenna, leder

Styremedlemmer: Stein A. Evensen, Arvid Heiberg, Erlend Hem, Øivind Larsen, Frøydis Langmark, Jørgen Valeur.

Varamedlemmer: Kristine Lillestøl og Merethe Roos

Malthes legat

For å formalisere styresammensetningen i Malthes legat for yngre leger ble det i ordinært medlemsmøte 18. september 2024 vedtatt at: «Det til enhver



Figur 4. Som vanlig ble årets siste møte avsluttet med sosialt samvær. Her utbringer styreleder Magne Nylenna en skål for Det norske medisinske Selskab (Foto: Øivind Larsen)

tid sittende styre i Det norske medisinske Selskab er også legatstyre for Malthes legat.»

Legenes hus

Avtalen mellom Det norske medisinske Selskab og Den norske legeforening om bruk av møtelokaler som ble inngått i 2019, ble på grunn av koronapandemien først realisert høsten 2021. Erfaringen gjennom vel to år har vært meget god. Selskapet arrangerer sine møter i møtelokalet Bjærget. Styremøter holdes også i Legenes hus, og det samme gjelder *Michaels* redaksjonsmøter. Det nye møtestedet har sannsynligvis bidratt til økt deltakelse på medlemsmøtene. Digital strømming av møtene er blitt etterspurt, men det tekniske opplegget i Bjærget ligger foreløpig ikke til rette for det.

Michael

Tidsskriftet *Michael* publiserte i sin 21. årgang fire ordinære hefter og to supplementer; til sammen 778 sider. Redaksjonen har bestått av Jan Frich, Erlend Hem, Nina Husom, Øivind Larsen og Magne Nylenna.

Medlemmene av *Michaels* redaksjonskomité er Geir Sverre Braut, Kari Tove Elvbakken, Linn Okkenhaug Getz, Christoph Gradmann, Cato Innerdal og Hilde L. Sommerseth. Redaksjonskomiteen hadde to digitale møter der tidligere utgivelser ble gjennomgått og ideer utvekslet.

Fra 2024 publiseres hver utgivelse både på nettstedet <https://www.michaeljournal.no> og fra 2024 også på <https://journals.uio.no> som er en åpen publiseringstjeneste (FRITT) ved Universitetet i Oslo. Gjennom denne tjenesten får hver artikkel en doi (digital object identifier) som en unik, permanent nettadresse.

Enkelteksemplarer av papiirutgaven av *Michael* kan kjøpes via Tekstallmenningen i Bergen (<https://tekstallmenningen.no>)

Dette var utgivelsene i 2024:

- *Michael* nr. 1/2024 (154 s.) har temaet «Helsetjenesten i Norge: Verdens beste – eller god nok?». Hvordan man kan sikre en bærekraftig offentlig helsetjeneste er en av de største utfordringene i dagens velferdssamfunn. Ambisjonene for kvalitet og tilgjengelighet beskrives og drøftes i ti artikler.
- *Michael* nr. 2/2024 (120 s.) handler om medisinsens kanskje viktigste legemiddelgruppe: antibiotika. Utviklingen fra før bakteriologiens gjennombrudd til dagens problemer med antibiotikaresistens beskrives.
- *Michael* nr. 3/2024 (91 s.) er viet legespesialiteten samfunnsmedisin som hadde 40-årsjubileum i 2024. Dessuten ble Norges første

professor i faget tilsatt for to hundre år siden. I flere artikler presenteres samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og vekst.

- *Michael* nr. 4/2024 (125 s.) har den kryptiske tittelen «Dr. Gjessings laboratorium». Det handler om legen Rolv Gjessing (1887–1959), som introduserte biologisk psykiatri i Norge, og hans pionerarbeid ved Dikemark sykehus i Asker. Laboratoriet utgjør i dag kjernen i Dikemark sykehusmuseum. Utgivelsen ble lansert under Selskabets julemøte 11. desember 2024.
- Supplement 32 (70 s.) *Plectasin's odyssey: from hopeful beginnings to untimely end* er et engelskspråklig hefte som bygger på et medisinhistorisk aktørseminar 16. november 2023 ved Universitetet i København. Supplementet viser utfordringene med å produsere nye antibiotika. Utviklingen av nye legemidler er en langvarig og kostbar prosess som oftest finansieres av farmasøytisk industri. For antibiotika har prosessen vist seg å være særlig vanskelig. Framstillingen av plectasin – et lovende peptid – ble stoppet før målstreken på grunn av firmaets markedsvurderinger.
- Supplement 33 (218 s.) *Hjernen og mytene* ble utgitt i samarbeid med Den norske nevrologiske klubb. Supplementet er redigert av Jan C. Frich, Are Brean og Espen Dietrichs. I 33 kapitler blir ulike sammenhenger mellom litteratur og historie og nevrologi presentert. Boken, som ble lansert i et møte i Det norske medisinske Selskab 20. november 2024, viser at det finnes mange myter om hjernen i litteratur og kunst, og at nevrologien også kan bidra til å avkrefte eller gi ny forståelse av myter.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er styreleder i Det norske medisinske Selskab

Forsvar for norsk forskningspråk

Michael 2025; 25: 94–95

doi: 105617/*michael*.12178

– *Vi kan ikke tillate at internasjonaliseringen skjer på en sann måte at det blir en trussel mot språket vårt, sa statsråd Oddmund Hoel på et seminar som Norsk tidsskriftforening arrangerte 28.1.2025.*

”Hvorfor trenger vi vitenskapelige tidsskrifter på norsk?” var tittelen på bolken der statsråden innledet. Med bakgrunn som professor i historie og tidligere redaktør for tidsskriftet *Heimen* var han klar i sin tale. Vi må kunne diskutere faglige spørsmål på morsmålet både i academia, i vitenskapelige fora og i samfunnet ellers, sa han.

– Det er ikke et problem i seg selv at mange norske forskere publiserer på engelsk, men internasjonaliseringen må gjennomføres på en måte som ikke går ut over de grunnleggende behovene vi har i samfunnet. Vi kan ikke la språket forvitte og miste plass, heller ikke academia, og kanskje særlig ikke der, fordi det legger så viktige premisser for språkbruken ellers i samfunnet, sa Hoel.

Han minnet om at å verne og utvikle norsk fagspråk er en del av samfunnsoppdraget til norske universiteter og høyskoler. Vi må sammen gjøre grep for å redde norsk fagspråk og norsk språk, fremholdt han.

Statsråden fortalte at sentrale folk i universitets- og høyskolesektoren har sagt at framgangen for engelsk og tilbakegangen for norsk i stor grad er skjedd uten at vi har vært særlig bevisst og oppmerksom på utviklingen. Plutselig våknet vi opp og så hvordan stoda faktisk var, sa Hoel.

Hoel la vekt på den viktige rollen som norskspråklige tidsskrifter spiller. Regjeringen har derfor styrket en støtteordning til norske humanistiske og samfunnsvitenskapelige tidsskrift til 12 millioner kroner i 2024. Det er veldig sannsynlig at denne støtteordningen kan styrkes og utvikles videre, for eksempel med utvidelse til andre fagområder, sa Hoel.



*Forsknings- og høyere
utdanningsminister
Oddmund Hoel (Senterpartiet)
og Språkrådets direktør
Åse Wetås holdt innlegg på
Tidsskriftforeningens seminar.
(Foto: Øivind Larsen)*

En annen grunn til at vi skal holde oss med norske tidsskrifter er at det finnes en del forskningstema og forskningsperspektiver som er typisk for norsk kultur og historie, og disse områdene kan vi ikke forvente at andre tar seg av for oss. Det må vi gjøre selv. Dette kommer i tillegg til den språkpolitiske rollen. Igjen handler det om identitet, samkjensle og at norsk skal være et slitesterkt bruksspråk for enhver sammenheng, sa en engasjert statsråd.

– Vern og utvikling av morsmål er ikke spesielt for oss eller noe som en enkelt nasjon bør sitte med alene. Det er et internasjonalt spørsmål som handler om hvordan vi kommuniserer i en tid med sterk internasjonalisering. En lang rekke andre land gjør sine tiltak for å styrke sine nasjonale fagspråk, avsluttet Hoel.

Nylig besluttet Det medisinske fakultet i Oslo å avvise to doktoravhandlinger med artikler publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening. Dette ble et sentralt tema på seminaret. Jan G. Bjålie, prodekan for forskning og innovasjon ved UiO, fortalte at de hadde omgjort disse beslutningene, og inviterte til konstruktiv dialog om norsk språk i medisinsk forskning.

Hele seminaret kan ses på Tidsskriftforeningens Youtube-kanal (1). Det hadde tre bolker som hver kunne vært verdt et eget seminar.

Litteratur

1. Vitenskapelig tidsskriftdag. Tidsskriftforeningen. <https://www.youtube.com/watch?v=JTA5tuRI7EA> (29.1.2025).

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Rettelse

Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren

Michael 2025; 22: 94

doi: 10.5617/michael.12128

Erlend Hem, Merethe Roos, Jørgen Valeur. Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren. *Michael* 2024; 21: 473–481. doi:10.56175/michael.11938

Vi er blitt gjort oppmerksom på en feil i artikkelen *Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren* i *Michael* nr. 4/2024. På side 473 står det at Gjessing var født i 1888. Det riktige skal være 1887.

Vi beklager feilen. Den er rettet i nettutgaven.

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Erlend Hem
Professor em. Øivind Larsen
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 650 (2025)

ISSN 1893-9651

Michaels forsidebilde fra krysset mellom Geitmyrsveien og Colletts gate i Oslo viser prioriteringens ulike aspekter. De grønne og røde lysene prioriterer hvem som skal få kjøre *først*. Men uavhengig av trafikklisene står det store «innkjøring forbudt»-skiltet og sier *nei*. (Foto: Øivind Larsen)

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004