

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



For mye medisin?



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 / 3 / 2025

For mye medisin?



Michael 2025; 22: 191–310



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/>.



Forsidefoto: Øivind Larsen, 2025

Det norske medisinske Selskab 2025
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

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

Innhold

Leder

- Hvor skal grensen settes, og hvem skal sette den? 197
Pål Gulbrandsen

Tema

- Natursyn og grensedragninger: et filosofisk blikk på medisinsk
overaktivitet 201
Sigurd Hverven
- Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma 212
Torgrim Sørnes
- Kan aldringsbiologien gi oss en ny tilnærming til helse
og sykdom? 219
Odin Haarberg, Petter Holland, Hilde Loge Nilsen
- Medisinens manglende moderasjon 228
Bjørn Hofmann
- For mye bildediagnostikk? 238
Petter Hurlen

Artikler

- Når forskjellige virkeligheter møtes – en kvalitativ analyse
av makt og spenninger i legestudenters allmennmedisinske
konsultasjoner 246
*Maja Elisabeth Mikkelsen, Linn Okkenhaug Getz, Bente Prytz
Mjølstad, Hilde Grimstad, Patric Wallin, Gunnhild Åberge Vie*
- Aktørskap som helseressurs i et trygdemedisinsk perspektiv 258
Hans Magnus Solli
- Urbanisering og det skjulte vannforbruket 267
Robert Pedersen

Bøker

<i>Medisinsk nemesis – 50 år etter</i>	270
<i>Njål Flem Møland</i>	
Dersom, hvis, så fremt, i fall – presisjonsmedisinens muligheter . . .	276
<i>Magne Nylenna</i>	
Besnærende om aldring	278
<i>Karl B. Alstadhaug</i>	
Diagnosenes tidsalder	280
<i>Magne Nylenna</i>	
Hva er kjærlighet verdt?	282
<i>Berit Horn Bringedal</i>	
Advarsel mot et upersonlig helsevesen	284
<i>Iver Koppen</i>	
Det umålbare	286
<i>Dag S. Thelle</i>	
En god bok om blod som vil litt for mye	288
<i>Stein A. Evensen</i>	
Roten til alt ondt	290
<i>Jo-Endre Midtbu</i>	
Faktatett om svangerskapet	292
<i>Mette Løkeland</i>	
Forholdsmessighet fra mange synsvinkler	294
<i>Aslak Syse</i>	
Når sykdom blir våpen	296
<i>Mari Asphjell Bjørnaas</i>	
Helse og medisin i nordisk middelalder	298
<i>Øivind Larsen</i>	
Unik bok om ledelse i praksis	300
<i>Jan Frich</i>	
Hva skjer?	
Koreakrigen – glemt krig og glemt norsk innsats	302
<i>Øivind Larsen</i>	
I Munchs medisinske fotspor	307
<i>Erlend Hem</i>	

Hvor skal grensen settes, og hvem skal sette den?

Michael 2025; 22: 197–200.

doi: 10.56175/Michael.12613

I hvert fall siden 1970-tallet har det vært en kontinuerlig diskusjon om prioritering av oppgaver i helsetjenesten. Utfordringen ser ut til å bli større etter hvert som landet blir rikere og de medisinske mulighetene flere. Dette nummeret av Michael løfter frem mange nye stemmer fra praksis, forskning og filosofi. Forhåpentligvis blir vi klokere, men om politikken klarer å rydde landet mellom utrygghet og urettferdighet gjenstår å se.

De politiske partiene i Norge har i valgkampen messet om trygghet. Alle skal føle seg trygge for at de får den hjelpen de trenger, trygge for at ikke svenske tilstander kommer til Norge, trygge mot angrep fra en stor nabo. Trygghet i trafikken, på arbeidsplassen og i skolen. Tryggheten skal oppnås uten sløsing – med statlig eldreomsorg og private helsetilbud. Samtidig reiser nordmenn jorden rundt på eventyrlige ferier, driver med paragliding, koser seg med alkohol, kjører styggfort på motorsykler og renner rundt på elektriske sparkesykler med hodetelefoner fulle av underholdning så skadelegevaktene har sin fulle hyre med å holde unna. Livet skal *oppleves*.

Hva er det vi har glemt?

Vi har glemt at døden hører livet til. Der førvitenskapelige liv mest handlet om å *overleve*, har medisinen skjøvet på døden ved å be oss *etterleve* all verdens livsforlengende tiltak, inkludert screening. I dette nummeret av *Michael*, med temaet «For mye medisin?», har vi forfattere med svært ulik bakgrunn. Odin Haarberg, Petter Holland og Hilde Loge Nilsen skriver om aldringsforskning med utgangspunkt i molekylærbiologi (1). Obstetrikeren Torgrim Sørnes skriver om utviklingen i fødselsomsorgen med noen skarpe innspill til dagens diskusjon om hjemmefødsler (2). Radiolog og informatiker Petter Hurlen tar fatt i den alminnelige forestillingen om at

det gjøres alt for mye bildediagnostikk (3). Filosof og fersk Bragepris-vinner Sigurd Hverven tar oss med på veien fra 1600-tallet til i dag når det gjelder tenkningen om naturen – og skillet mellom et organisk og mekanistisk natursyn (4).

I hvilken grad kan politikk egentlig mestre å kontrollere medisinsk og forskningsmessig praksis – hvis man holder fast på prinsippet om pasientinvolvering og -autonomi – og i tillegg åpner for privat etablering av helse-tilbud? Sørnes' og Hurlens artikler problematiserer myndighetenes kontrollmuligheter og sanksjoner. De peker på hvordan idealet om at individet selv skal kunne velge hvordan hen vil behandles, setter det offentlige helse-tilbudet på prøve, og at det fører til at man havner på etterskudd med regulering når både etterspørsel og tilbud øker. Fødselshjelp og bildediagnostikk er svært ulike disipliner, men begge forfattere viser hvor vanskelig det er å sette grensen for hvilken grad av usikkerhet som må tolereres og hva det gjør med omfanget og kvaliteten på tilbudet (2, 3). Dessuten, hva med legens autonomi til å velge en praksis hen behersker og trives med, og som i tillegg er etterspurt? Hva med forskernes autonomi?

Spørsmålet er om det blir enklere å sette grensen når kunnskapen om aldringsbiologi vokser. Haarberg og medarbeidere redegjør for kunnskaps-status på feltet i dag (1). De signaliserer på den ene side optimisme når det gjelder muligheten for å bidra med kunnskap om hvordan man kan eldes langsommere, og heller samtidig kaldt vann i blodet til dem som venter seg effektive intervensjoner på dette feltet om kort tid. Motivasjonen de beskriver, er muligheten til å finne frem til løsninger som gjør at folk lever friskere uten at det nødvendigvis fører til at man lever lenger. Hvor sannsynlig det er at *det* blir sluttresultatet når vi allerede vet at mange rike investerer store summer i «evig liv», kan man jo reflektere over.

En som reflekterer så medisinen knaker i sammenføyningene, er professor i medisinsk filosofi og etikk Bjørn Morten Hofmann. I sin artikkel beskriver han hvordan medisinen har forlatt sitt moralske grunnlag, utvidet sykdomsbegrepet og med det har kommet – eller vil komme i skade for ikke lenger å hjelpe folk med det som plager dem (5). Snarere er det skapt stadig mer medisinsk aktivitet som gjør at folk føler seg sykere. Hofmanns eksempler er knyttet til teknologisk og biomedisinsk utvikling.

En annen utvidelse av sykdomsbegrepet, den biopsykososiale modellen [6], har også betydelig og kanskje utilsiktet effekt. Hans Magnus Solli gjennomgår femti års trygdemedisinsk historie, og viser hvordan man gradvis har endret tilnærming fra hjelpe- og støtteordninger til mer vekt på det han kaller *aktørskap* (7). Dette begrepet har sin rot i Ryan & Decis selvbestemmelsesteori (8), der de hevdet at mennesket har tre sentrale behov for å

kunne trives og leve godt – opplevelsen av å være selvstendig, å være kompetent, og å høre til. Har medisin noen rolle her?

Kanskje. Maja Elisabeth Mikkelsen og medforfattere skriver om sisteårs medisinstudenters refleksjonsnotater etter fullført praksisperiode ved et fastlegekontor. De viser hvor utfordrende det kan være når det biomedisinske kartet ikke stemmer med terrenget, og når de sliter med å forstå pasienten (9). Jeg har sett store endringer i måten leger snakker om og med pasienter fra 1970-tallet til i dag, men likevel ser det ut til at det å lære biomedisin setter en kile mellom student og pasient som *mennesker*. I skrivende stund observerer jeg undervisningen på Georg Engels University of Rochester, der den biopsykososiale modellen holdes høyt i hevd. De sliter fortsatt med denne kilen.

Der Hofmann peker på tapet av et moralsk kompass, trekker Hverven de lange linjer tilbake til skismaet som oppstod da man begynte å tenke på menneskekroppen, ja hele naturen, som en maskin. Han skriver: «Det mekanistiske natursynet har ikke bare tatt livet av naturen, det har også tatt døden av den» (4). Oversatt til medisinsk praksis: Døden skal ikke finnes. Og hvis den truer, så må det jo finnes en løsning – nær sagt koste hva det koste vil. Forstadiet til døden, *utrygghet*, må fjernes. Det er derfor politikere fra høyre til venstre kaster inn trygghet i valgkampen der som vanlig helse- og justispolitikk får stor plass. Mot slike makter kjemper gode tiltak som «Gjør kloke valg» og regulerende forskrifter antakelig forgjeves.

Det jeg savner i politikk, vitenskap og helsetjeneste er ikke trygghet, men rettferdighet. Problemet er at i den rike delen av verden har vi glemt tilhørigheten til fordel for autonomien. Og det er ikke tilfeldig. Dess høyere opp man har klatret i samfunnet, dess mer avhengig er man blitt av autonomien. Dess mindre makt du har, dess mer vil du måtte lite på det å høre til. Enten det er i møtet med den enkelte helsearbeider, det strevende systemet, eller byråkratiets forsøk på kontroll vil det oppstå skuffelse dersom vi ikke leverer trygghet, fordi det er blitt målet på et godt liv. Men har du glemt døden, så lever du ikke, og som kompensasjon søker du heller opplevelser – selv om de er potensielt farlige.

Hvor skal grensen settes? Og hvem skal sette den? Antakelig umulig å vinne valg på slike spørsmål. Fordi rettferdighet er et prinsipp, mens urettferdighet er en følelse.

Litteratur

1. Haarberg O, Holland P, Loge Nilsen H. Kan aldringsbiologien gi oss en ny tilnærming til helse og sykdom? *Michael* 2025; 22: 219-227.
2. Sørnes T. Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma. *Michael* 2025; 22: 212-218.
3. Hurlen P. For mye bildediagnostikk? *Michael* 2025; 22: 238-245.
4. Hverven S. Natursyn og grensedragninger: et filosofisk blikk på medisinsk overaktivitet. *Michael* 2025; 22: 201-211.
5. Hofmann BM. Medisinens manglende moderasjon. *Michael* 2025; 22: 228-237.
6. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136. doi: 10.1126/science.847460
7. Solli HM. Aktørskap som helseressurs i et trygdemedisinsk perspektiv. *Michael* 2025; 22: 258-266.
8. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000; 55: 68-78.
9. Mikkelsen ME, Getz LO, Mjølstad BP et al. Når forskjellige virkeligheter møtes – en kvalitativ analyse av makt og spenninger i legestudenters allmennt medisinske konsultasjoner. *Michael* 2025; 22: 246-257.

Pål Gulbrandsen

Pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Nordliveien 248

1473 Lørenskog

Pål Gulbrandsen er professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Akershus universitetssykehus. For tiden er han gjesteprofessor ved University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, NY, USA, finansiert av et Fulbright-stipend.

Natursyn og grensedragninger: et filosofisk blikk på medisinsk overaktivitet

Michael 2025; 22: 201–211.

doi: 10.56175/Michael.12615

Hvor går grensen mellom god medisin og medisinsk aktivitet som går for langt? Denne artikkelen undersøker medisinsk overaktivitet i lys av et idéhistorisk skifte: fra et syn på naturen – og kroppen – som en levende helhet, til et syn på kroppen som en maskin. Filosofen Hans Jonas' tenkning løftes frem som et alternativ. Han forsøker å vise hva det innebærer at leggekunstens gjenstand – kroppen – er en levende organisme. Blant annet bør døden aksepteres som en del av livet.

I diktet *An Anatomy of the World* fra 1611 sidestiller John Donne (1572–1631) en syk og døende kvinnekropp med en syk og døende verden. Diktet uttrykker en gru og fortvilelse som lå i tiden. Donne levde midt i overgangen fra et organisk til et mekanistisk natursyn. I det gamle bildet var naturen et levende, pulserende kosmos. Den nye naturvitenskapen omgjorde naturen til en livløs ting. «She, she is dead; she is dead», skriver Donne (Merchant 1980, s. 129).

I denne artikkelen vil jeg sette dette motivet i sammenheng med fenomenet medisinsk overaktivitet. Med medisinsk overaktivitet mener jeg medisinsk forskning, utredning eller diagnostisering og behandling som går over grensene for god og velbegrunnet medisinsk aktivitet. Ideen jeg knytter til Donnes dikt, er at overgangen til et mekanistisk syn på den ytre naturen oppstår samtidig med et mekanistisk syn på menneskekroppen – den indre naturen. Og når menneskekroppen i større grad betraktes som et objekt for teknisk ingeniørkunst, oppheves tidligere anerkjente begrensninger for medisinsk aktivitet.

Først vil jeg gi en kort filosofisk undersøkelse av begrepet medisinsk overaktivitet. Deretter gir jeg en grundigere fremstilling av overgangen fra et organisk til et mekanistisk natursyn. Til slutt gjør jeg et forsøk på å trekke

noen grenser for medisinsk aktivitet med arbeidene til filosofen Hans Jonas (1903–1993).

Hvor går grensen?

Hvis begrepet om medisinsk overaktivitet skal gi mening, må det finnes en grense som skiller god og velbegrunnet medisinsk aktivitet fra overaktivitet. Grensen må skille «passe mye» fra «for mye», «hensiktsmessig» fra «uhensiktsmessig», eller simpelthen «god» fra «dårlig». Kanskje er det flere grenser. Kanskje er de uklare. «Du kan ikke se den grense under vann», sa Harald Heide-Steen jr. i rollen som russisk ubåtkaptein. Kanskje ser vi den heller ikke på land, eller på laben, fødestua, fastlegekontoret eller operasjonssalen.

For å sette grensen, trengs en definisjon av legekunstens formål. En enkel, aldrende definisjon er at formålet er å helbrede sykdom og skader, lindre smerter og fremfor alt ikke påføre skade, slik den hippokratiske ed sier. Men den normale medisinske aktiviteten i moderne samfunn går langt ut over denne minimale bestemmelsen. Leger og helsefagarbeidere arbeider ikke bare med å fjerne eller forminske oppståtte onder (sykdommer, skader og smerter). De utfører også kontroller og undersøkelser av (tilsynelatende) friske mennesker, spesielt barn, gravide og gamle; de vaksinerer; de utfører steriliseringer og aborter; de tilbyr kosmetisk kirurgi, og mer til.

Få vil si at alle tilfeller av disse aktivitetene bør regnes som medisinsk overaktivitet. Men flere mener at noen av eksemplene faller i den kategorien – som varianter av kosmetisk kirurgi. Etter mitt skjønn bør kosmetisk kirurgi på friske mennesker, som ikke har til hensikt å gjenopprette en skade på kroppen, regnes som medisinsk overaktivitet.

Jeg kan tenke meg to ulike begrunnelser for det: Man kan mene at aktiviteten ikke egentlig gagnar pasienten. Eller man kan mene at den ikke er bra for samfunnet. Eller begge deler.

For å belegge den første begrunnelsen kan man si at usunne skjønnhetsidealer, formidlet i videoer av opererte og filtrerte kroppar på ymse skjermer, samt press fra dem som tjener penger på den kosmetiske kirurgien, har skapt falske behov hos deler av befolkningen. De utsetter seg for unødvendig skade og risiko – og legene er villige til å utsette dem for det.

For å belegge den andre begrunnelsen kan man si at mye plastisk kirurgi er feil bruk av samfunnets ressurser. Leger med lang utdanning, gjerne finansiert av det offentlige, bør bruke sin faglige kyndighet på samfunnsviktige oppgaver – først og fremst å helbrede syke og skadde. Fremfor å forstørre bryster, lepper og rumpe, suge bort fett og glatte ut rynker, bør de bidra til å kutte ned på ventekøer, unødvendig lidelse, tapt arbeidskraft og i ytterste konsekvens tidlig død.

Basert på disse betraktningene kan vi trekke et generelt skille mellom to typer overaktivitet: Overaktivitet for pasienten selv og overaktivitet i et samfunnsperspektiv. I det ene tilfellet går aktiviteten over grensene for hva som er godt for individet. I det andre går aktiviteten over grensene for hva som er godt for samfunnet som helhet. Dette er en viktig grensedragning for å forstå fenomenet overaktivitet.

En annen innfallsvinkel er å stille spørsmålet slik: Hva bestemmer grensen for medisinsk overaktivitet – er det naturen eller kulturen?

I praksis er grensen alltid delvis et kulturprodukt. For beslutningen om hvilke mennesker og medisinske problemer som skal prioriteres, må alltid tas av mennesker, eller eventuelt overlates til menneskeskapte institusjoner, som staten, rettsvesenet eller markedet. Det er vi mennesker – eller våre systemer – som må avgjøre hvilke aktiviteter som regnes som uohensiktsmessige, skadelige eller unødvendige – og som derfor ikke bør prioriteres når samfunnets ressurser fordeles.

Noen, som Hans Jonas, vil likevel si at legeskunstens mål og målestokk langt på vei er satt av naturen. Evolusjonen har frembragt menneskekroppen slik vi kjenner den. Fra naturens side har kroppen en viss fasong, definerte organer og visse motoriske muligheter og begrensninger. Vi kan ikke fly, ikke puste under vann, ikke se infrarødt lys, men vi kan vanligvis gå på to bein, gripe ting med hendene og lære abstrakt grammatikk, for å nevne noe. Kroppen vår har dessuten en begrenset livslengde, sjelden mer enn 100 år (Jonas 1997, s. 57–58). Er dette en definitiv grense for medisinsk aktivitet? Hit, men ikke lenger?

En innvending kan være at det er uhyre krevende å fastslå hva som er naturlig. Ikke bare det, noen vil si at fasttømrede ideer om menneskets natur er grunnleggende problematiske, fordi de alltid ender opp med å naturalisere oppfatninger som egentlig er kulturavhengige og historisk oppstått. Gjennom historien er forestillinger om naturgitte egenskaper blitt brukt til å undertrykke mennesker som avviker fra antatt naturlige målestokker – enten det er kvinner, fargede, funksjonshemmede, skeive eller andre minoriteter (Soper 1995, s. 6, 149). Betyr det at ideen om naturlige grenser for medisinsk aktivitet dermed bør oppgis fullstendig? Jeg kommer tilbake til det.

Det er ikke sikkert det bare er én grense for medisinsk overaktivitet. Det kan være flere grenser. For eksempel kan man tenke seg at det går ulike grenser innenfor medisinenes tre hovedområder: 1) forskning, 2) undersøkelse og diagnostisering, og 3) behandling.

På alle tre områdene kan man finne eksempler på relativt udiskutabel overaktivitet. Josef Mengeles (1911–1979) forsøk på tvillinger i Auschwitz

var langt over grensen på det første området. Full offentlig kartlegging av DNA for arvelige sykdommer hos alle borgerne av en stat er langt over grensen på område to. Og det å pøse på med cellegift for en kreftpasient i terminalfasen er over grensen på område tre. Men ofte er ikke tilfellene klare. Gråsonene er mange.

Jeg har formulert en tentativ forståelse av fenomenet medisinsk overaktivitet. Mitt forslag innebærer at medisinsk overaktivitet grunnleggende sett dreier seg om gresnedragninger: Overaktivitet finner sted når visse grenser for god eller ønskelig medisinsk aktivitet overskrides. Jeg har foreløpig sagt lite om hvor jeg mener de bør gå. Det kommer jeg tilbake til i artikkelens siste del.

Før det vil jeg undersøke noen idéhistoriske grunner til at grensene for medisinsk overaktivitet er blitt vanskelige å identifisere.

Naturens død

Vestlige samfunn har gjennom historien endret sitt syn på naturen betraktelig. Endringer i natursyn kan være relevant for å forstå medisinsk overaktivitet i dag. Det er en stor fortelling jeg vil fortelle: Frem til slutten av middelalderen, på 1500- og 1600-tallet, var det mest utbredte synet på naturen at den var en levende helhet, lik en organisme. Vi finner variasjoner over dette synet i animismen til urfolk og jeger- og sankerkulturer. Vi finner det i Platons *Thimaios* og i Aristoteles' *Om himmelen*, og det gjorde seg gjeldende med ny kraft i renessansen.

Fra de greske og romerske stoikerne og helt frem til Leonardo da Vinci (1452–1519) løper en tradisjon for å betrakte naturen ikke bare som en organisme, men som lik en levende menneskekropp. Elvene var blodårer, morgenduggen svette, og havet et pumpende hjerte (Merchant 1980, s. 23–24). Naturforståelsen var holistisk. Det vil si at hvert landskap, hver art og hver organisme ble forstått som ledd i en levende helhet.

Da naturen ble oppfattet som levende, satte det grenser for menneskers utnyttelse og bruk. Respekten for naturen hadde to motstridende kilder. På den ene siden ble den oppfattet som menneskenes kilde. Den nærret oss, fostret oss, sørget for mat, drikke og ly. Ofte ble naturen fremstilt som en omsorgsfull kvinne, Moder jord. Forestillingene innbød til varsomhet, omsorg og nøkternhet.

På den andre siden kunne naturen også være lunefull, vill, kaotisk og farlig. Lynnedslag, tørke, storm, oversvømmelser og ras kunne ramme uforutsett, som straff fra Gud eller guder. Rovdyr kunne lure i buskene. Den levende naturen var derfor også utenfor menneskers kontroll. Vi måtte ikke tirre den, eller fornærme den, men møte den med ærefrykt.

Ved overgangen til moderne tid, på 1500- og 1600-tallet, møter vestlig tenkning et vannskille. Naturbildet som nå fester grepet, fremstiller naturen som en stor mekanisme, lik et urverk med rullende tannhjul, tikkende visere og pendlende lodd. Denne naturen har ingen luner eller egenvilje, ikke noe eget prosjekt eller formål. Alt som skjer, kan i prinsippet forklares som kjeder av årsaker og virkninger, som driver livløse biter av materie til blind og mekanisk bevegelse. Natursynet er atomistisk, det vil si at naturen forstås som satt sammen av bittesmå byggesteiner, uknuselige biter av materier som er seg selv like, uavhengig av relasjonene til andre deler av naturen.

Det mekanistiske natursynet tilsier at naturen er lik noe vi mennesker selv kunne laget. Naturen har i prinsippet ingen hemmeligheter for oss. Den nye naturvitenskapen, og ikke minst matematikken og geometrien, kan avsløre naturens lover, slik at vi oppnår innsikt og kontroll over naturkreftene. Hvis vi ikke kjenner alle dens virkemåter ennå, skyldes det midlertidige begrensninger i kunnskap og teknologi som kan overvinnes.

Det nye naturbildet fjerner grenser for utnyttelse og bruk. Hvis naturen er lik en mekanisme, er det både tillatt og fornuftig å gjøre alt som står i vår makt, for å bruke kjempemekanismen til vår fordel. Det er ingenting der vi behøver å ta hensyn til eller vise omsorg for. Det passer som hånd i hanske med kapitalismen, som vokser frem på samme tid. En natur som betraktes som en samling døde ting, kan behandles som rene ressurser for produksjon, industri og økonomisk vinning.

Det nye naturbildet slår tilbake på menneskekroppen. I filosofien skjer dette på ulike måter. René Descartes (1596–1650) trekker et skille mellom to sider ved mennesket, vår utstrakte kropp og vår tenkeevne. Den utstrakte kroppen forstår han som et stykke natur – på lik linje med resten av naturen kan den betraktes som en ren mekanisme. Men vi består også av en følende og tenkende del, som bebor den mekaniske kroppen. Thomas Hobbes (1588–1679) går enda lenger. Han mener vi kan kvitte oss med det gjenværende spøkelset i maskinen: Hele mennesket kan betraktes som en mekanisme, også vår vilje og våre begjær, og våre rasjonelle evner.

Begge betraktningsmåtene tilsier at kroppen blir mer lik en gjenstand vi selv kunne laget. Tidligere var det mer nærliggende å forstå kroppen og livet som en gave – gitt og opprettholdt av naturen eller Gud. Nå blir kroppen mer lik en klokke, eller en trykkpresse eller et teleskop. Her går det en linje fram til vår tid, hvor mange forholder seg til kroppen som noe de selv skaper og er ansvarlige for. Kroppen tas ikke for gitt, men behandles som et middel til å uttrykke det som er inni oss – vår identitet. Det som ikke kan fikses med målrettet trening og et strikt kosthold, kan fikses av en kirurg på en privat klinikk – for dem som har penger.

Descartes' oppfatning av mennesket ble mer innflytelsesrik enn Hobbes'. I moderne vestlige kulturer blir det mest utbredte synet at det er en splittelse mellom den utstrakte mekaniske kroppen – naturen i oss – og det tenkende, følende jeget som er setet for vår opplevelse av verden. Vi er immaterielle sjeler i mekaniske legemer. Tenkende, følende, villende og begjærende subjekter inni blinde, mekaniske, utstrakte objekter. I grove trekk blir de medisinske konsekvensene av dette synet som følger: Så lenge sjelen, eller subjektet, ikke tar skade eller gjør anskrik, er det tillatt å skjære i, endre, medisiner og manipulere kroppen – så sant det er i fremskrittets eller subjektets egen interesse.

John Donne er ikke alene om å tolke overgangen jeg har beskrevet som en overgang fra liv til død. Den amerikanske filosofen Carolyn Merchant kaller det mekanistiske natursynets inntog for naturens død (Merchant 1980). Hans Jonas kaller det et skifte fra livets ontologi til dødens ontologi (Jonas 1966).

Disse talemåtene har retorisk slagkraft. Men de dekker over et viktig kjennetegn ved overgangen. Det er bare hvis vi selv inntar det gamle organiske natursynets ståsted, at overgangen til det mekanistiske natursynet fremstår som en dødsprosess. Sett fra det mekanistiske ståstedet, er saken en annen: Naturen har egentlig aldri levd. Derfor kan den heller ikke dø. Den er livløs og har alltid vært det. Menneskene visste det ikke før, men nå er det avslørt. Hele naturen er i dette bildet usårlig, uskadelig, uten egenverdi, og uten egne prosjekter eller formål som kan rammes eller ødelegges. Det mekanistiske natursynet har ikke bare tatt livet av naturen, det har også tatt døden av den.

Det mekanistiske natursynet og medisinsk overaktivitet

Man kan diskutere i hvilken grad det mekanistiske natursynet fortsatt dominerer. For temaet mitt er det viktigst å spørre om det fremdeles gjør seg gjeldende i synet på kroppen, om det kan gjenfinnes i medisinsk praksis, og om det medvirker til medisinsk overaktivitet. Jeg skulle gjerne gitt flere eksempler for å besvare spørsmålet. Jeg kunne ha utdypet hvordan moderne definisjoner av døden – hvor tenkeevne (hjerneaktivitet) sidestilles med liv – eller synet på fødende kvinner som maskiner, uttrykker mekanistiske antakelser (Jonas 1997, kap. 6, Davis-Floyd 1987). Men av plasshensyn nøyer jeg meg med ett eksempel, nemlig inndelingen av moderne sykehus etter kroppens organer: øre-nese-hals, øye og syn, hjernen og nervesystemet, hjertet og kretsløpet, lungene og luftveiene, skjelett, muskler og ledd, mage og tarmer, mannlige kjønnsorganer, kvinnelige kjønnsorganer, og så videre.

Denne inndelingen speiler en medisinsk epistemologi som forstår kroppen som en samling av deler som kan isoleres, repareres og behandles hver for seg. Og den representerer en atomistisk forståelse av kroppen: Den er ikke mer enn summen av kroppsdelene. Selv om det finnes tverrfaglige team og helhetlige behandlingsforsøk, særlig innen lindrende behandling, er organiseringen av moderne sykehus langt på vei uttrykk for en underliggende mekanistisk logikk: Kroppen ligner en maskin, og medisinen grener er spesialiserte teknikker. Denne logikken kan tenkes å drive medisinsk overaktivitet: Behandlinger – kirurgi, medisin – som kan være gunstige for enkelte kroppsdelar, eller for kroppens delsystemer, kan samlet sett bli for mye for kroppen som helhet.

Eksempelet veier ikke veldig tungt alene, men er et lite bidrag til å vise at mekanistiske antakelser fremdeles gjør seg gjeldende i moderne medisin, og kan drive medisinsk overaktivitet. Mekanistiske antakelser er verken totalt dominerende i medisinen, eller nødvendigvis den viktigste drivkraften bak overaktivitet – økonomiske motiver veier antakelig tyngre. Men de gjør seg fortsatt gjeldende i noen grad, og kan være en medvirkende faktor.

Organisk og mekanisk teknikk

Avslutningsvis vil jeg bruke filosofen Hans Jonas til å antyde noen flere grenser for medisinsk overaktivitet. I opposisjon til det mekanistiske synet på naturen og kroppen insisterer Jonas på at det er vesentlig forskjell på teknisk ingeniørkunst og legeskunst. Ingeniører arbeider med livløse stoffer som metall, betong, plast og dødt trevirke. Leger arbeider med levende kropper.

Blant alle teknikker eller kunster – det greske ordet er *techné* – er legeskunsten i en særstilling, mener Jonas. Dens aktivitet består ikke i å fremstille nye objekter, men i å restituere en naturlig tilstand i et legeme som allerede har sin egen form og virkemåte.

Forskjellen er forbundet med formålsrettethet. Levende kropper har ifølge Jonas sitt eget formål i seg. Den levende prosessen som er kroppens liv, har som mål å holde seg levende og sunn. Dette er formålet med kroppens stoffskifteprosesser, og det er derfor den tar til seg næring og skiller ut avfallsstoffer. Formålet er ikke noe endemål, men et pågående prosjekt (Hverven & Netland 2021).

Legeskunstens formål er langt på vei gitt med dette formålet, hevder Jonas: Kroppens liv og funksjonsfriskhet er dens mål – det sammenfaller med kroppens eget mål.

Andre teknikker eller kunster er annerledes. De produserer gjenstander som har et formål utenfor seg selv, og formålet kommer fra den som har

skapt gjenstandene, og dem de er skapt for: Når en ingeniør bygger en bro, har ikke broen et eget iboende formål. Hensikten med broen er at mennesker skal komme seg over en elv eller en avgrunn. Broen er et middel, ikke et formål i seg selv.

Jonas trekker et skille: Ingeniørkunst kan kalles en mekanisk teknikk, mens legekunsten er en biologisk teknikk. For den mekaniske teknikken er bare den «formløse materien» gitt på forhånd, ifølge Jonas. «Planleggingen og fremstillingen er altså total» (Jonas 1997, s. 77). «Biologisk teknikk søker derimot å forandre allerede bestående strukturer. Deres selvstendighet og realitet og allerede fullstendige morfologi – de aktuelle organismer – er gitt på forhånd; ‘planen’ deres (= form, organisasjon) må finnes, ikke oppfinnes» (Jonas 1997, s. 77).

Hvis vi følger Jonas’ tankegang, og aksepterer at legekunsten er en biologisk teknikk, legger det begrensninger på denne kunsten. Den beskjeftiger seg med avgrensede prosjekter: Å avverge og bøte på skader, å helbrede sykdommer, å lindre smerter. Når ondene er fjernet, eller pasienten ikke lenger lever, er legekunstens prosjekt avsluttet.

Hvis kropper derimot betraktes som mekaniske objekter som kan manipuleres med for å tjene ytre formål – og som kan forbedres og optimaliseres utover deres egne iboende formål – så blir legekunsten grenseløs.

Dødelighet

For å forstå Jonas’ tankegang er det imidlertid nødvendig å si noe om dødelighet. Hvis det iboende formålet til levende kropper bare er å leve, og eventuelt å reproducere seg, fremstår døden som den absolutte motstander. Legekunstens ultimate formål blir å avskaffe døden.

Jonas mener derimot det stikk motsatte. Etter hans mening har man misforstått livet hvis man fremstiller døden som dets absolutte motsetning. Hvis legekunsten gjør døden til en absolutt fiende, har den misforstått sitt objekt – den levende kroppen. Jonas skriver:

dødeligheten er en integrert egenskap ved livet og ikke en fremmed krenkelse av det [...] sammen med livet kom også døden [...] dødelighet er prisen som den nye muligheten for eksistens må betale [...]. At livet er dødelig, er riktignok en selvmotsigelse, men hører uatskillelig med til dets vesen og kan ikke tenkes bort fra det. Livet er dødelig ikke selv om, men *fordi* det er liv [...]. (Jonas 1997, s. 173, 187–188)

Jeg leser Jonas slik: Hvis vi fjerner dødeligheten fra menneskekroppen, tar vi livet av den i samme slengen. Bare det livløse er udødelig. Det finnes ikke noe liv uten dødelighet, men der dødeligheten finnes, er det stadig liv.

Det formålet som ligger nedfelt i individuelle organismer – å leve, å opprettholde seg selv – er altså vesentlig et *midlertidig* formål. Det indivi-

duelle livet går over. Det opprettholder seg selv en viss stund før døden må inntreffe. Legekunstens gjenstand er slike forgjengelige liv. Dens oppgave er å forsøke å avverge at døden inntreffer *for tidlig*.

Men når er «for tidlig»? Og når er det *ikke lenger* for tidlig? Jonas gir ikke noe eksakt svar, men han antyder at hans syn er at menneskets livslengde i en viss forstand er bestemt av naturen. Dette svaret leder imidlertid ut i en hengemyr av filosofiske problemer: Er det ikke naturlig at noen mennesker dør unge? Er ikke høy spedbarnsdødelighet naturlig? Eller sikter Jonas til det at den maksimale livslengden til en menneskekropp sjelden overstiger 100 år?

Dette er vanskelige spørsmål som jeg ikke kan gi definitive svar på her. Det er grunn til å problematisere ideen om «naturlige» grenser mer enn Jonas gjør. Likevel vil jeg gi ham rett i at det må være visse grenser, og den ultimate grensen består i at dødeligheten alltid ledsager livet. Livet til en enkelt kropp er begrenset, per definisjon.

Hvis vi godtar Jonas' påstand om dødelighetens nødvendighet, markerer det grenser for medisinsk aktivitet. Én grense gjelder behandling: Leger bør ikke bare vite hvordan de helbreder syke og lindrer smerter, de må også ha klokskapen til å vurdere når det er rett å la syke og gamle få dø. Jonas argumenterer sterkt mot å holde for lenge liv i uhelbredelig syke pasienter som ønsker å dø.

En annen grense gjelder forskning: Medisinsk forskning som forsøker å bremse eller til og med stoppe aldringsprosessen – som gjør selve vår dødelighet til en motstander og et hinder som skal overvinnes – går over sine grenser.

Begrensningens legekunst

Jonas' argumentasjon for begrensningens (lege)kunst vier imidlertid ikke bare oppmerksomhet til individers dødelighet. Han undersøker også dødelighetens eksistensielle betydning på samfunnsnivå, jamfør skillet mellom overaktivitet for individet og overaktivitet i et samfunnsperspektiv. Hva ville skjedd dersom medisinen faktisk lyktes med å begrense aldring betydelig på en jordklode med knappe ressurser, spør Jonas. Jo, vi måtte fått færre barn. Og prisen å betale for det, påpeker Jonas, er en nedgang i alt det barn, barndom og ungdommelighet tilfører menneskeheten. Dette skrev han da han selv var 80 år:

Det å måtte dø er knyttet til å bli født: Dødelighet er bare baksiden av den evigvarende 'fødselskilden'. Forplantning er livets svar på døden [...]. Kanskje er nettopp dette visdommen i den harde skjebne vår dødelighet er: at den tilbyr oss det evig nye løfte som ligger i ungdommens opprinnelighet, umiddelbarhet og energi, sammen med

den stadige tilførselen av annerledeshet som sådan. Det finnes ingen erstatning for dette i en større ansamling av forlenget erfaring: Aldri kan den vinne tilbake det enestående privilegium det er å se verden for første gang med nye øyne, aldri gjenoppleve den forbauselse som etter Platon er filosofiens begynnelse, aldri barnets nysgjerrighet [...]. Dette stadig å begynne på nytt, som vi bare kan få for den pris som ligger i at noe stadig slutter, kan meget vel være menneskehetens håp; dens beskyttelse mot å synke ned i kjedsomhet og rutine; dens sjanse til å bevare livets spontanitet. (Jonas 1997, s. 72)

Jonas formulerer seg vakkert i dette avsnittet. Det er rørende å lese et slikt forsvar for barndom, ungdom og nye begynnelser fra en mann som er innforstått med at han selv nærmer seg livets slutt.

Samtidig leser jeg med uro. Jonas skrev dette i 1983. Er ikke utviklingen han fryktet, allerede et stykke på vei blitt en realitet i vestlige land? Fødselstallene synker, levealderen øker, befolkningen blir eldre. I maktposisjoner sitter eldre menn uten et snev av den omsorgen for barn og fremtidige generasjoner som gjennomsyrrer Jonas' arbeider.

Legekunstens bidrag til denne utviklingen ligger ikke i at den har økt menneskets maksimale levealder i nevneverdig grad. Det medisinen har lykkes med, så til de grader, ikke minst de siste 100 årene, er å sørge for at færre barn og unge dør. Mange flere enn tidligere får leve til de blir 80 og 90 år. Denne utviklingen er overveiende positiv.

Men flere av verdens rikeste og mektigste menn mener i dag at målet for legekunstens videre utvikling bør være å utvide menneskets maksimale levealder. De pøser penger inn i slik forskning. Jonas setter fingeren på hvorfor disse prosjektene risikerer å gå over grenser som ikke bør overstiges. En legekunst som gjør det til sitt prosjekt å bremse aldring, prioriterer i praksis eldre fremfor unge, det bestående fremfor det nye, avverging av avslutninger fremfor nye begynnelser, rutine fremfor nysgjerrighet, og det kjente fremfor det som er annerledes.

Skal vi tro Hans Jonas, er det mer å tape enn å vinne på et slikt prosjekt.

Litteratur

1. Davis-Floyd R. The Technical Model of Birth. *The Journal of American Folklore* 1987; 100: 479–495.
2. Hverven S, Netland T. Projection or encounter? Investigating Hans Jonas' case for natural teleology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2021; 22: 313–338.
3. Jonas H. *The Phenomenon of Life: Towards a Philosophical Biology*. Evanston: Northwestern University Press, 1966.
4. Jonas H. *Teknikk, medisin og etikk: Ansvarsprinsippet i praksis*. Oversatt av Sverre Dahl. Oslo: Cappelen, 1997.

5. Merchant C. *The Death of Nature: Women, Ecology and the Scientific Revolution*. New York: HarperCollins, 1980.
6. Soper K. *What is Nature?: Culture, Politics and the non-Human*. Oxford: Blackwell, 1999.

Sigurd Hverven
sigurd.hverven@gmail.com
Thygebakken 29
3046 Drammen

Sigurd Hverven er filosof, forfatter og forsker i miljøetikk ved Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma

Michael 2025; 22: 212–218.

doi: 10.56175/Michael.12616

Those who would give up essential Liberty, to purchase a little temporary Safety, deserve neither Liberty nor Safety. Benjamin Franklin (1706–1790) (1)

Noen kvinner planlegger å føde hjemme uten fagpersonell til stede, slik det var vanlig for tre hundre år siden. Dette løftes nå frem som et folkehelseproblem. Hvilke årsaker kan ligge bak disse valgene?

Selv en helt normal fødsel inneholder de samme skremmende ingrediensene som vi ellers forbinder med akutte medisinske situasjoner: smerte, blod, skrik og angst. Selv om dette er måten vi mennesker forplanter oss på (og det er tross alt blitt åtte milliarder av oss), virker det som om denne prosessen nå er mer skremmende enn noensinne. Dette til tross for at en fødsel hverken er traume eller sykdom, *men en normal, fysiologisk prosess*.

Skremmende for hvem, kan man kanskje spørre. Helt siden tidenes morgen har fødselsprosessen tilsynelatende vekket en uimotståelig trang til å gripe inn, foreta seg noe, gjøre et eller annet – selv om det ofte har vært usikkert hvordan, når eller hva som faktisk burde gjøres. Så lenge denne virketrangen kun resulterte i folkløstiske tiltak som bønner til jomfru Maria, å kaste stål over vuggen eller å løse alle knuter i den fødendes nærhet, var den i stor grad harmløs. Men i løpet av 1700-tallet begynte jordmødre og leger å gå over denne grensen, både ved bruk av farmaka og instrumenter.

Jordmor under Kongens øye

Allerede i starten av vår moderne tid forsøkte myndighetene å gripe inn mot tendensen til å blande seg inn i fødselsprosessen. Staten – på den tiden nærmest ensbetydende med Kongen – ønsket å la naturen gå sin gang.

I kirkeritualet fra 1685 beordret hans Majestet jordmødrene om at: «I skal intet andet bruge enten til Moderen eller Barnet, end Bønnen» (2). Man merker seg at den samme forordning samtidig truet med skarpe sanksjoner, hvis det tross alt skulle gå galt: «at hvis I enten af forsømmelse, uagtsomhed, drukkenskap, eller også på grund af en grov medfart tilføje nogen af dem nogen skade, da er I mordere, og Gud vil kræve det uskyldige blod af jeres hænder» (2).

Slik begynte den lange tradisjonen med offentlig styring av fødselshjelpen i Norge. Du skal følge den statlige instruksen, men hvis det likevel skulle gå galt, kan du ikke dekke deg bak at instruksen er fulgt.

I en forordning fra 1714 ble dette ytterligere innskjerpet. Jordmødrene «maae ei heller give Nogen udi Fødselen drivende Medicamenter» (3). I dette tilfellet tenkte man i hovedsak på ergotamin – man visste ikke om noe annet virksomt stoff som kunne få fødselen til å gå fortere.

Det var ikke mangel på forsøk. Helt fra de tidligste tider finnes det dokumentasjon fra hele Europa på at jordmødrene forsøkte det meste for å få fødselen til å gå fortere. De hadde betalt per fødsel, og jo før de kunne innkassere fra fødsel nr. 1, jo før kunne de gå videre til nr. 2. De fødende ble tvunget til å løpe opp og ned trapper, amniotomi ble utført så fort man kunne komme til, og aktiv trykking ble påbegynt lenge før mormunnen var utslettet (4).

Fødslene foregikk fortsatt hjemme hos folk, og på landsbygda var det som oftest ingen utdannet jordmor. I stedet var det legkvinner, nærkoner og hjelpekoner, som selv hadde født barn – og som derfor ble ansett å ha en viss innsikt i det de drev med. Disse kvinnene bodde som oftest i nabolaget, og de fødende kjente dem fra før. Dermed oppstod et personlig til-litsforhold, og ryktene gikk om hvem som var dyktig og hvem som var behagelig å ha med på fødselen. Det var slett ikke alltid de samme personene (5).

I 1810 kom et nytt reglement for jordmortjenesten. Både i byen og på landet ble jordmødrene satt på fast lønn, 50 daler i byen og 20 daler på landet per fødsel (6). Men samtidig beholdt man en viss innsatsstyrt finansiering: Jordmoren fikk mellom én og fire ort per fødsel, beløpet var avhengig av barnefarens sosiale forhold. Kvinner som sto fullstendig på bar bakke, understøttet av fattigvesenet, skulle derimot hjelpes uten vederlag. Bestemmelsen om at jordmoren ikke skulle gripe inn i fødselen med medisiner, ble fjernet.

I 1818 ble Fødselsstiftelsen i Christiania opprettet, primært som et tilbud til fattige kvinner som ikke hadde noe annet sted å føde. Prisen de måtte betale for denne offentlige omsorgen, var å bli brukt som prøvekluter og

øvelsesobjekter av medisinstudenter og jordmorelever; noe som var helt nytt i Norge. Før dette var alle våre leger og jordmødre utdannet i København eller i andre land. I begynnelsen hadde ikke Fødselstiftelsen noen høy prestisje blant kvinnene. Av de 47 barna som ble født der i 1823, var hele 40 «uægte», og ni av disse barna forlot institusjonen i kiste. Hundre år senere var fødselstallet steget til 1379.

Retningslinjer og veiledere

I 2023 ble det født 51 980 barn i Norge. De aller fleste ble født på sykehus, men mellom 100–200 fødsler fant sted i hjemmet, assistert av jordmor. I 2024 var det 20 barn som ble planlagt født hjemme, uten helsepersonell til stede.

Den kongelige forordning av 1810 er nå erstattet av Helsedirektoratets *retningslinjer*, Norsk gynekologisk forenings *veileder* og Helsetilsynets *tilsynsmeldinger*. Selv om ingen av disse dokumentene formelt sett har den samme ruvende autoritet som en forordning fra en eneveldig konge av Guds nåde, er det slett ikke langt unna. Det kan vel alle som en gang har vært utsatt for vurdering fra Helsetilsynet, kunne skrive under på.

For den uinformerte kan det virke paradoksalt at samfunnet plukker ut de antatt klokeste unge hodene, spanderer en seksårig medisinsk utdanning og ytterligere flere år med spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer, for så å tvinge dem til å følge prosedyrer slavisk, til punkt og prikke. Prosedyrer har den store fordel at mottageren slipper å tenke. Ulempen er at mottageren heller ikke behøver å tenke. Da jeg begynte som lege for en drøy mannsalder siden, hadde myndighetene tillit til at jeg gjorde mitt beste for pasientene ut fra min eksamen og de kunnskapene jeg hadde tilegnet meg i løpet av et seksårig studium og halvannet års turnustjeneste. I løpet av mitt yrkesaktive liv har jeg sett prosedyrer og veiledende dokumenter komme litt etter litt – først i form av uforpliktende gode råd, skrevet av erfarne leger med god innflytelse. Etter hvert ble denne innflytelsen erstattet av makt. Mange klinikere opplevde at det som het *veileder*, i praksis var et *direktiv*. Prosedyrene var heller ikke alltid begrunnet i det som ble hetende evidensbasert medisin, men av og til i tradisjoner og overleveringer som ingen lenger våget å stille spørsmål ved, eller teste ut på en vitenskapelig måte.

Et eksempel: Da jeg begynte på en fødeavdeling i midten av 1980-årene, fikk over 80 % av de fødende utført episiotomi. Da jeg spurte hvorfor det var så mange, var svaret at det var retningslinjene som var slik. Det var bare to grupper kvinner som skulle klippes i mellomkjøttet – de førstegangs-fødende og de som tidligere hadde fått utført episiotomi.

For aktiv fødselshjelp

Moderne sykehusjordmødre er nå på fastlønn – de er ikke akkordarbeidere slik deres forgjengere på 1800-tallet var. Det samme gjelder gynekologene. Imidlertid er tidspresset rundt fødsler minst like sterkt, blant annet fordi innsatsstyrt finansiering har dukket opp igjen etter mange års fravær. Nå skal det raskt ryddes plass til neste pasient med rier, så hvorfor ikke trykke på gasspedalen, gjøre amniotomi og henge opp et oxytocin-drypp? Og i det øyeblikket et oxytocin-drypp er etablert, forsvinner følger selvsagt også fosterovervåkingen. Mor får en nål i armen, og fosteret får en skrue i skallen. Med oxytocin-dryppet følger mer smertefulle rier, og epiduralbedøvelse blir en naturlig følge. Vi får tross alt betalt per prosedyre, uansett hvor unødvendig den måtte fortone seg. De som betaler – i siste instans Stortinget som bevilgende myndighet – har jo svært begrenset innsikt i det som skjer på norske sykehus.

En undersøkelse fra Tønsberg viste at halvparten av alle friske fødende fikk oxytocin-drypp for å få fødselen til å gå raskere (7). I 2024 ble 30 % av fødsler i Norge kunstig igangsatt, mens 15 % av dem endte opp i et keisersnitt, ifølge Folkehelseinstituttets statistikk (8).

Fra mitt ståsted som obstetiker er det vanskelig å se at alle disse intervensjonene er godt, vitenskapelig dokumentert. Fødsel i norske sykehus er ikke lenger en normal fysiologisk prosess, men betraktes som en av naturens store feilgrep som jordmødre og gynekologer må rydde opp i, ved å intervenere der de kan. Mange av inngrepene har sikkert et vitenskapelig grunnlag, men flere intervensjoner er også begrunnet i andre forhold – som utålmodighet, enten hos den fødende, hos fødselshjelperen eller fra sykehusets ledelse. Ikke så helt få intervensjoner er begrunnet i angst, og ikke så helt få er nedfelt i et diktat fra veiledere og prosedyrer.

Det er vanskelig å nekte for at det foregår mye overbehandling innen norsk fødselshjelp. Enkelte kvinner foretrekker derfor å føde hjemme med hjelp av en jordmor.

Tidspresset på en vanlig norsk fødeavdeling er en annen faktor som kan gjøre at noen ønsker å føde hjemme. En enkelt jordmor kan godt ende opp med å ha ansvar for flere fødsler samtidig. Av den grunn vil hun måtte stole mer på mekanisk overvåking av fødslene der hun flytter seg fra fødestue til fødestue. Dette er en billig løsning for samfunnet, men billigst er ikke alltid best. En maskin som registrerer fosterlyd og rier, mangler et par vesentlige egenskaper som en tilstedeværende, stabil jordmor kan bidra med.

Ønske om hjemmefødsel

Valg av hjemmefødsel er i utgangspunktet i overensstemmelse med myndighetenes syn på pasientautonomi: Kvinnen er et voksent menneske, og har full råderett over sin egen kropp. Imidlertid har ikke Helsetilsynet et helt avklart syn på jordmorens rolle i dette – eksemplifisert i setningen «for eksempel kan jordmødre velge å inngå avtale om hjemmefødsel i strid med anbefalingene, ut fra en tanke om at det er bedre enn om kvinnen velger å føde hjemme uten bistand» (9). En tanke som etisk sett er – i alle fall for meg – helt selvsagt. Man forlater ikke en kvinne i barnsnød, selv om hun ikke vil følge Helsedirektoratets skriftlige prosedyrer.

Med andre ord er de jordmødrene som bistår ved hjemmefødsel, bundet av de statlige retningslinjene, mens den fødende overhodet ikke er det. Noen løsning på det dilemmaet har ikke Helsetilsynet, ut over at jordmor må «informere», og at hun har «plikt til å innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig». Hvis pasienten fremdeles nekter, har ikke myndighetene noen løsning å komme med, ut over å reise tilsynssak mot jordmoren.

Dette kan være noe av bakgrunnen for at en håndfull kvinner i Norge i 2025 foretrekker å føde hjemme – slik som man gjorde i 1725 – uten jordmor, kun med en klok kone eller velvillig nabo som assistent. Kvinnen ønsker å ha kontrollen selv, hun ønsker å bli behandlet som et selvstendig, autonomt individ, ikke som et objekt som må lystre direktiver utferdiget av et direktorat eller et departement, og definitivt ikke som et hjelpeløst menneske som ikke er i stand til å utøve en normal fysiologisk funksjon, uten at en fagperson tar over kontrollen og styringen.

Hjemmefødsel uten faglig assistanse er imidlertid ikke helt uten risiko. Det er ikke dokumentert med sikkerhet at nyfødtdødeligheten er høyere hos hjemmefødende i Norge, forutsatt at de har en jordmor (10). Når det gjelder hjemmefødsler uten jordmor, er tallene så små at avvikene ikke kan vurderes statistisk. Det er gjort studier på en sekt i USA, *The order of the old Amish*, som praktiserer hjemmefødsler uten jordmor, samtidig som de ikke bor i land med dårlig ernæring eller mangelfull hygiene. De har en noe høyere nyfødtdødelighet enn resten av landet (5,4 per 1000 fødsler versus 4,5 i den generelle populasjonen i USA), men det er ingen påvisbar økt mødredødelighet. Med andre ord kan man ane en viss disproporsjonalitet mellom de tallrike intervensjonene på en moderne fødeavdeling og det faktiske resultat for folkehelsen, i alle fall når det gjelder mortalitet.

Når det går galt

Mot statistiske fakta står sykehuslegenes anekdotiske erfaringer. Spesielt obstetrikere, pедиатere og anestesiloger kommer med jevne mellomrom opp i katastrofale situasjoner, der hvert sekund teller. Det er i slike situasjoner man er takknemlig for at man befinner seg i et sykehus med de fleste ressurser i nærheten, om ikke umiddelbart tilgjengelig. Flere fødselshjelpere enn jeg vil nok reflektere over i hvilken grad den katastrofale situasjonen skyldtes iatrogene forhold. Atonisk blødning etter en altfor langvarig og hardhendt pitocinstimulering? Navlesnorsprolaps ved for tidlig amniotomi? Uterusruptur etter et tidligere keisersnitt med diskutabel indikasjon? Ristorm etter for mange prostaglandintabletter? Invasiv placenta som et resultat av forrige keisersnitt? Feiltolkning av en CTG-registrering, som er beryktet for lav reliabilitet? (11).

Jeg har i alle fall vært der selv. Når jeg som obstetriker sto overfor en situasjon som endte galt, var den bitreste refleksjonen alltid: «Dette ville ikke ha hendt hvis kvinnen hadde holdt seg hjemme.»

Så ja, det kan tenkes at de kvinnene som nå føder hjemme uten faglig assistanse, utøver en risikosport, og at det er en adferd vi kanskje ikke kan akseptere moralsk, så lenge den det går ut over, er et nyfødt individ som kan bli berøvet muligheten til å leve et fullverdig og rikt liv. På den annen side kan det muligens være nyttig å vende blikket innover av og til, eventuelt se seg i speilet og undres: Kan noe av problemet ligge hos oss?

Litteratur

1. Franklin B. *Pennsylvania Assembly: Reply to the Governor 11.11.1755*. Trykt i: Votes and Proceedings of the House of Representatives, 1755–1756 (Philadelphia, 1756), s. 19–21. <https://founders.archives.gov/documents/Franklin/01-06-02-0107> (22.6.2025)
2. *Kirkeritualet av 1685*. 3. kapitel: om at føde børn og blive mor: og jordemoderens opgave. lutherdansk.dk/Web-Kirke-ritualet_1685/Web-Kirke-ritualet_1685/index.htm (22.6.2025)
3. Frd. ang. Gjordemødres Examen, Antagelse og Forhold, saavel i Kjøbenhavn, som overalt i Danmark. Forordning av 30. november 1714. I: Thurmann L. Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrslæger og Gjordemødre i Kongeriget Norge. Christiania: Feilberg & Landmarks Forlag, 1851: 14.
4. Shorter E. *The history of women's bodies*. London: Allen Lane, 1983.
5. Sørnes T. *Dr. Gisleson og hans pasienter*. Sandnes: Commentum forlag, 2021.
6. Reglem. for Gjordemodervæsenets Indretning og Bestyrelse i begge Riger, Kjøbenhavn undtagen. Reglement av 21. november 1810. I: Thurmann L. Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrslæger og

- Gjordemødre i Kongeriget Norge. Christiania: Feilberg & Landmarks Forlag, 1851: 124–129.
7. Kulseng APB, Jensen I, Vinding UB. Oxytocin brukt som ristimulerende middel under fødsel til friske gravide ved termin. *Vård i Norden* 2003; 23: 22–25. <https://doi.org/10.1177/010740830302300205> (22.6.2025)
 8. P2a: Fødselsstart per måned og mors bosted. *FHI statistikk*. https://statistikk.fhi.no/mfr/cL2SqQAViYrqEAfAJlgX4HHkOTb6MLNA_xl5YKdDa2U (22.6.2025)
 9. Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid. *Helsetilsynets publikasjoner* 17.8.2021. (22.6.2025)
 10. Blix E, Huitfeldt AS, Øian P et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2012; 3: 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.001>
 11. Engelhart CH, Brurberg KG, Aanstad KJ et al. Reliability and agreement in intrapartum fetal heart rate monitoring interpretation: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2023; 102: 970–985. <https://doi.org/10.1111/aogs.14591>

Torgrim Sørnes
torgrim.sornes@gmail.com
Sørli terrasse 13
1473 Lørenskog

Torgrim Sørnes er gynekolog og tidligere overlege ved en norsk fødeavdeling.

Kan aldringsbiologien gi oss en ny tilnærming til helse og sykdom?

*Michael 2025; 22: 219–227.
doi: 10.56175/Michael.12617*

Aldring og helse får stadig mer oppmerksomhet. Medier, ikke minst sosiale medier, flommer over av artikler om biohacking (overstyring av biologiske prosesser). Talspersoner for biohacking ser for seg kroppen som en kompleks maskin der de individuelle delene kan erstattes, og kjemien som foregår i cellene som bygger opp denne maskinen, kan optimaliseres ved å overstyre biologiske prosesser for å unngå aldring. Lite av det som foreslås er fundert i solid kunnskap om effekt, men i likhet med mange gode historier har flere av ideene et snev av sannhet i seg. I denne kronikken gir vi en oversikt over mekanismene som fører til aldring. Vi vil også diskutere hvordan disse kan være relevante for forståelsen av sykdom og for hvordan vi kan få flest mulig sunne leveår.

Aldring er ingen sykdom, men mange av våre vanligste sykdommer har alder som den sterkeste risikofaktoren. Mange av de siste årene preges av dårlig helse, og Norge er blant landene i verden med størst gap mellom forventet levealder og antall sunne leveår – hele 11,2 år (1). Det er mange studier, inkludert våre egne studier (2–4), som viser at intervensjoner rettet mot aldringsprosessen, kan forbedre helse og motvirke utvikling av aldersrelaterte sykdommer i dyremodeller. Å bremse aldringsprosessen forventes å redusere forekomsten av aldersrelaterte sykdommer også hos mennesker.

Hva er egentlig aldring?

Det er stor variasjon mellom individer når det gjelder hvordan aldring påvirker helsen: Noen beholder god helse til de er 100 år, mens andre opplever betydelig funksjonstap mye tidligere. Å forstå mekanismene som bidrar til gap mellom helsealder og kronologisk alder, er motivasjonen for molekylær aldringsforskning. Det handler ikke om et søk etter en magisk nøkkel til evig liv eller å bidra til å øke maksimal livslengde til 150 år, men om å

forstå hva som skiller de individuelle forløpene. Målet med aldringsforskning er å forstå de grunnleggende biologiske mekanismene som skiller aldring med god helse fra aldring med dårlig helse. I det ligger en ambisjon om å kunne gi flere muligheten til å forlenge antall friske leveår.

Forskningen på aldring har gjort store fremskritt de siste tiårene. Vi forstår nå langt mer om de biologiske prosessene som får kroppen til å eldes. Vi vet at aldring ikke bare er en tilfeldig opphopning av skader, men en prosess drevet av spesifikke cellulære mekanismer som gir opphav til observerbare endringer i aldrende organismer. Det gir viktig innsikt både i hvordan aldring kan forstås, og hvordan vi kan utvikle strategier for å forlenge helsen vår.

Mye av vår kunnskap om aldring stammer fra studier på modellorganismer som rundormer, bananfluer og mus. Et gjennombrudd kom på 1990-tallet da forskere oppdaget at mutasjoner i genet *daf-2* hos rundormen *C. elegans* kunne doble livslengden (5). *daf-2* er en del av insulin/IGF-1-signalveien som reguleres av næringstilgang. En enkelt mutasjon i *daf-2* doblet levetiden, men *daf-2*-mutasjonen doblet også perioden der dyrene var sunne og friske. Dette funnet markerte på mange måter startskuddet for feltet ved å vise at aldring ikke bare skyldes tilfeldig slitasje, men også kan reguleres av bestemte gener. Aldringsforskning gikk fra å være en filosofisk og vitenskapsteoretisk disiplin til å bli en eksperimentell vitenskap.

Siden den gang har forskere identifisert flere gener og signalveier som påvirker aldringsprosessen, for eksempel ved å slå ut gener i modellorganismer og måle effekten på helse og levetid. Genetiske assosiasjonsstudier i mennesker som lever mye lenger enn gjennomsnittet, har også identifisert at disse har genvarianter, for eksempel i genet som koder for transkripsjonsfaktoren FOXO3 (6). Denne transkripsjonsfaktoren er en del av den samme insulin/IGF-1-signalveien som DAF-2. Dette funnet styrker relevansen av funnene i de klassiske genetiske studiene i modellorganismer. På tvers av organismer ser det altså ut til å finnes konserverte mekanismer, ut over insulin/IGF-1, som påvirker aldring. I 2013 systematiserte López-Otín og kolleger disse inn i såkalte «*hallmarks of aging*» (7, 8). Disse kjennetegnene ved aldringsprosessen beskriver molekylære, cellulære og systemiske mekanismer (tabell 1). Vi deler dem gjerne i de prosessene som driver aldring (primære markører), de som motvirker aldringsprosesser (antagonistiske markører), og integrative markører (systemiske prosesser og kommunikasjon mellom celler og vev).

Intervensjoner

Stadig flere studier viser at flere av de 12 aldringsmarkørene kan påvirkes farmasøytisk og gjennom livsstil, og i enkelte tilfeller reverseres (8). Kalorirestriksjon er den mest veldokumenterte intervensjonen for å forlenge levetid

Tabell 1. Kort definisjon av de 12 aldringsmarkørene.

Genomisk ustabilitet

DNA-skader akkumuleres over tid på grunn av miljøpåvirkning og indre prosesser. Akkumulering av DNA-skader over tid svekker cellenes funksjon og øker risikoen for sykdommer som kreft. Genomisk ustabilitet regnes som en sentral drivkraft for aldring. Det påvirker både somatiske celler og stamceller, noe som kan føre til svekkelse av vev og nedsatt evne til å fornye celler.

Epigenetiske endringer

Selv om DNA-sekvensen forblir uendret, kan kjemiske modifikasjoner på arvestoffet påvirke hvilke gener som er aktive. Med alderen oppstår endringer i disse epigenetiske mønstrene, noe som kan føre til feil i genregulering, redusert funksjon i vev og økt risiko for sykdommer som kreft og nevrodegenerative lidelser.

Proteostase-svikt

Celler har systemer for å folde, reparere og bryte ned proteiner som ikke fungerer som de skal. Med alderen blir disse systemene mindre effektive, noe som fører til opphopning av feilfoldede proteiner. Dette er en viktig faktor i sykdommer som Alzheimers og Parkinsons, hvor giftige proteinaggregater skader nervecellene.

Dysfunksjon i autofagi

Autofagi er cellenes system for å bryte ned og resirkulere skadede eller unødvendige komponenter. Med alderen svekkes denne prosessen, noe som fører til opphopning av skadede proteiner og organeller, og dermed økt cellulært stress.

Mitokondriell dysfunksjon

Mitokondriene forsyner cellen med energi ved å produsere ATP. Med alderen blir mitokondriene mindre effektive, og lekker ut reaktive oksygenforbindelser, som kan skade cellestrukturer og DNA.

Senescence

Når celler opplever skade eller når en grense for antall delinger, kan de gå inn i en irreversibel tilstand, kjent som senescence. Disse cellene mister evnen til å dele seg, men forblir metabolsk aktive og utskiller betennelsesdrivende stoffer som påvirker vevet rundt negativt, og sykdom kan oppstå.

Telomerforkorting

Telomerene er beskyttende endestykker på kromosomene som forkortes ved hver celledeling. Over tid kan telomerene enten bli for korte eller miste sin struktur. Når dette skjer, kan kromosomendene oppfattes som DNA-skader, noe som aktiverer mekanismer som stopper celledelingen. Cellen går da enten inn i senescence eller gjennomgår apoptose (programmert celledød).

Deregulert næringssignalisering

Aldringsprosessen forstyrrer cellenes evne til å reagere på næringsstoffer og hormoner som insulin og IGF-1. Dette kan føre til metabolske ubalanser, som insulinresistens og type 2-diabetes.

Forandringer i mikrobiomet

Menneskekroppen er vert for et komplekst samfunn av mikroorganismer, spesielt i tarmen. Disse spiller en viktig rolle i fordøyelse, immunforsvar og metabolisme. Med alderen endres sammensetningen av mikrobiomet, ofte med en reduksjon av gunstige bakterier og en økning av potensielt skadelige mikrober.

Endret intercellulær kommunikasjon

Celler kommuniserer med hverandre gjennom signalmolekyler. Når cellenes signalering svekkes, mister kroppen evnen til å regulere betennelse og reparere skader effektivt.

Stamcellesvikt

Stamceller er essensielle for å erstatte gamle og skadede celler i kroppen. Med alderen reduseres stamcellenes evne til å dele seg og produsere nye celler, noe som fører til svekket vevsfornyelse.

Kronisk inflammasjon

Aldring fører til en vedvarende betennelsestilstand i kroppen, kalt «inflammaging». Denne tilstanden fremmer vevsskade, reduserer organfunksjon og øker risikoen for blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes og Alzheimers sykdom.

i en rekke organismer (9). Denne intervensjonen innebærer en betydelig reduksjon i kaloriinntak (typisk 20–40 %), samtidig som underernæring unngås. Effektene skyldes blant annet lavere insulinnivåer, insulinsignaling og økt autofagi. CALERIE-studien (Comprehensive Assessment of Long-term Effects of Reducing Intake of Energy) viste at kalori restriksjon i mennesker forbedret biomarkører for kardiometabolsk helse og reduserte inflammasjon (10). Molekyler som resveratrol, metformin og rapamycin påvirker de samme signalveiene som utløser de gunstige effektene man ser ved kalori restriksjon og faste, uten at man trenger å gjennomføre livsstilsendringer. Disse stoffene har vist livsforlengende effekt i modellorganismer (11). Flere studier indikerer også at metformin har effekter på aldringsmarkører hos mennesker. I en studie der man undersøkte overlevelse til pasienter med type 2-diabetes, fant man positive effekter etter fem år, men *ikke* etter 20 år (12). Konklusjonen var at man trenger større og lengre studier, også hos friske individer, for å bekrefte effekt og vurdere risiko hos mennesker.

En veldig spennende gruppe molekyler som testes ut, kalles *senolytics*. Det er medisiner som kan fjerne celler som ikke deler seg lenger (senescence). Slike celler kan bestå veldig lenge, de refereres ofte til som zombiceller, og skiller ut stoffer som skader vev og bidrar til aldring og sykdomsutvikling (13). I dyreforsøk har dette ført til bedre helse og forsinket sykdom. Kliniske studier er planlagt eller i tidlig fase (14).

Mange kosttilskudd markedsføres med påstander om å bremse aldring. Flere har positive effekter på aldringsmarkører. Omega-3-fettsyrer er ett eksempel. Mange omega-3-fettsyrer har godt dokumenterte positive effekter på hjertehelse. I en studie publisert i *Nature Aging* i 2025, basert på DO-HEALTH-studien, ble effekten av daglig inntak av 1 gram omega-3-fettsyrer over tre år undersøkt hos eldre voksne (15). Resultatene viste at

omega-3-tilskudd alene reduserte biologisk aldring, målt ved tre av fire epigenetiske klokke. Denne reduksjonen tilsvarte en forsinkelse i biologisk aldring på 2,9 til 3,8 måneder over tre år.

En annen gruppe forbindelser som har fått økt oppmerksomhet de siste årene, er pro-vitaminer som kan øke nivåene av koenzymet NAD⁺. Nikotinamidadenindinukleotid (NAD⁺) er viktig blant annet for cellenes energi-produksjon og for DNA-reparasjon. Med alderen synker NAD⁺-nivåene i kroppens celler (16), noe som kan bidra til nedsatt mitokondriefunksjon, svekket metabolisme og redusert motstand mot cellulært stress. Kosttilskudd som inneholder noen typer vitamin-B3, som nikotinamidribosid (NR) og nikotinamidmononukleotid (NMN), er utviklet for å øke kroppens NAD⁺-nivåer. Det pågår for tiden flere studier i Norge som undersøker effekten av NR, blant annet hos personer med sjeldne sykdommer som ataxia-telangiectasia (17) og vanlige aldersrelaterte sykdommer (18). De fleste studiene har bekreftet at pro-vitaminer kan øke NAD⁺-nivåene hos mennesker. Det ser ut til å være trygt, og at det kan ha flere positive effekter for aldrings- og helsemarkører.

Fra forskning til intervensjon?

Mange av de mest populære biohackingsstrategiene har rot i eksperimentelle data og et teoretisk grunnlag. Blant forskerne er det også betydelig entusiasme og tro på at vi med en felles innsats fra academia, helsetjenesten og privat næringsliv kan bevege oss mot en framtid der vi i enda større grad kan intervenere før sykdom utvikler seg. Men den generelle oppfatningen er fortsatt at det skal mer forskning til, før vi kan hevde at vi har intervensjoner som vil *motvirke aldring* hos mennesker.

Det er store kunnskapshull som må fylles – vi forstår lite av samspillet mellom ulike aldringsmekanismer, vi forstår ikke hvor stor betydning hver av dem har for aldringsprosessen, og svært lite om hvordan de ulike vevene eldes gjennom et livsløp og hvordan de påvirker hverandre. Komplekse biologiske systemer, som menneskekroppen, består av tusenvis av interagerende prosesser. Få biologer vil støtte ideen om fremtidsmennesket som en kompleks maskin, der deler kan erstattes når de begynner å svikte. Videre forstår vi fremdeles lite om hvordan aldringsprosessene påvirkes i samspill med omgivelsene.

En annen sentral utfordring for å omsette kunnskap om aldringsbiologi til dokumenterte anti-aldringsintervensjoner, er av praktisk karakter – kliniske studier der aldring er endepunktet, er både svært kostbart og tidkrevende å gjennomføre. Derfor gjennomføres det ofte studier som ser på effekten av ulike intervensjoner, gjerne over korte tidsintervaller, med surro-

gatutfallsmål som for eksempel blodtrykk og andre kjente risikofaktorer for en rekke aldersrelaterte sykdommer.

Et eksempel er CALERIE-studien, der utfallsmålene var forbedrede biomarkører for kardiometabolsk helse og redusert inflammasjon (10). Dette kan gi indikasjoner på mulig helsegevinst, men ikke brukes til å hevde at intervensjonen hemmer aldring.

Foreløpig er det ikke konsensus om biomarkører for aldringsprosessen *per se*. Aldringsklokker brukes som surrogatendepunkter for aldring. Det finnes mange slike klokker, ofte basert på at maskinlæringsalgoritmer finner mønstre i ulike typer data (for eksempel i epigenetikk ved DNA-metylering) som kan identifisere individer med ulik alder. Slike klokker kan brukes som effektmål i kliniske studier og som forskningsverktøy, men det er fortsatt usikkerhet rundt hvor godt disse markørene reflekterer reell biologisk aldring, og om de kan forutsi fremtidige helseutfordringer. Ved å kombinere informasjon fra flere biologiske plan kan fremtidige aldringsklokker forhåpentligvis gi et mer helhetlig og presist mål, både på biologisk alder og generell helsetilstand.

Teknologikjempenes inntog

Entusiasmen rundt kunstig intelligens i biologisk og medisinsk forskning er ikke overdrevet, den har allerede ført til store gjennombrudd. En ny aktør, teknologigigantene, har meldt seg på i et felt som lenge har vært dominert av akademia, helsesektoren og legemiddelindustrien. Et godt eksempel på dette er Calico, et datterselskap av Google, som bruker store ressurser på å forske på de grunnleggende biologiske mekanismene bak aldring. Altos Labs, støttet av blant andre Amazon-grunnlegger Jeff Bezos, jobber med avansert celle-reprogrammering for å reversere aldringsprosesser. En annen teknologikjempe, Apple, beveger seg inn i feltet fra en annen vinkel – gjennom forbrukerteknologi. Med produkter som Apple Watch tilbyr de kontinuerlig måling av puls, hjerterytme og søvn. Det som tidligere krevde medisinsk utstyr, er nå en del av hverdagen for millioner. Teknologi som dette kan fange opp tidlige tegn på sykdom, avlaste helsetjenesten og fremme forebyggende helse.

Teknologiselskapenes tunge investeringer kan forskyve både ansvar og kontroll fra helsetjenesten til brukerne og teknologiselskapene. På den positive siden kan dette kanskje gi et løft til forebyggende helse – et område legemiddelindustrien ikke alltid har hatt sterke insentiver til å satse på. Der legemiddelindustriens forretningsmodell i stor grad har vært basert på reparasjon og behandling av eksisterende sykdom, vil teknologiselskapene kanskje i fremtiden tilby tjenester som er mer knyttet til forebygging og vedlikehold?

Kan aldringsbiologien gi oss en ny tilnærming til helse og sykdom?

Interessen for helse har aldri vært større enn i dag, både blant enkeltpersoner og på samfunnsnivå. Flere strategier blir utforsket, både genetiske, farmakologiske og livsstilsbaserte. En nylig analyse stipulerer at helseutgiftene i Norge forventes å øke fra 10,6 % av BNP i 2022 til 14,3 % innen 2050, der demografiske endringer, spesielt aldring, er hovedårsaken til de økte utgiftene (19). Det vurderes at forbedring av atferds- og metabolske risikofaktorer bare vil gi svak reduksjon av utgiftene, selv om sykdomsforekomsten for eldre blir redusert. Vurderingen bygger på tanken om at gevinstene ved bedre helse kan oppveies av at en stadig større andel av befolkningen består av eldre.

En slik vurdering kan vise seg å stemme dersom man antar at aldersjustert risiko for sykdom ikke kan endres. En bedre forståelse for aldringsbiologien vil trolig gi bedre innsikt i årsakene til gapet mellom helsealder og levealder, og bidra til utvikling av strategier som faktisk kan redusere risiko for sykdom. Andre modeller har antydnet at det å fokusere på aldring for å forbedre antall friske år, selv så lite som ett år, er mer effektivt enn å behandle individuelle sykdommer, inkludert kreft (20). Det er overveiende sannsynlig at vi ved å forstå mekanismene bak aldring, kan utvikle forebyggende tiltak som virker før symptomer oppstår. I dette scenarioet er det altså ikke radikale intervensjoner eller en «kur» for aldring vi trenger for å oppnå samfunnsnytte. En «kur» vil vi aldri få. Men vi bør søke å utvide verktøykassen for preventivt helsefremmende medisin med intervensjoner for å fremme sunn aldring. Om de benyttes systematisk, målrettet og kunnskapsbasert, kan det redusere gapet mellom helsealder og levealder.

Investering i aldringsforskning kan gi flere verktøy for å fremme sunn aldring og bedre helse for den enkelte. Slike investeringer kan også bidra til å sikre et bærekraftig offentlig helsesystem og gagne samfunnet. Men inntil slike verktøy er tilgjengelige, er det beste vi kan gjøre å bli født inn i en familie med romslig økonomi, å ta høy utdanning, og å leve et liv i måtehold med godt balansert kosthold, lite alkohol, tilstrekkelig søvn, fysisk aktivitet og gode sosiale relasjoner.

Litteratur

1. Garmany A, Terzic A. Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 World Health Organization Member States. *JAMA Network Open* 2024; 7:e2450241.
2. Fang EF, Kassahun H, Croteau DL et al. NAD⁺ Replenishment Improves Lifespan and Healthspan in Ataxia Telangiectasia Models via Mitophagy and DNA Repair. *Cell Metabolism* 2016; 24: 566–581.

3. Fang EF, Hou Y, Lautrup S, Jensen MB et al. NAD(+) augmentation restores mitophagy and limits accelerated aging in Werner syndrome. *Nature Communication* 2019; 10: 5284.
4. Fang EF, Hou Y, Palikaras K et al. Mitophagy inhibits amyloid-beta and tau pathology and reverses cognitive deficits in models of Alzheimer's disease. *Nature Neuroscience* 2019; 22: 401–412.
5. Kenyon C, Chang J, Gensch E et al. A *C. elegans* mutant that lives twice as long as wild type. *Nature* 1993; 366: 461–464.
6. Deelen J, Beekman M, Uh HW et al. Genome-wide association meta-analysis of human longevity identifies a novel locus conferring survival beyond 90 years of age. *Human Molecular Genetics* 2014; 23: 4420–4432.
7. Lopez-Otin C, Blasco MA, Partridge L et al. The hallmarks of aging. *Cell* 2013; 153: 1194–1217.
8. Lopez-Otin C, Blasco MA, Partridge L et al. Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell* 2023; 186: 243–278.
9. Fontana L, Partridge L. Promoting health and longevity through diet: from model organisms to humans. *Cell* 2015; 161: 106–118.
10. R avussin E, Redman LM, Rochon J et al. A 2-Year Randomized Controlled Trial of Human Caloric Restriction: Feasibility and Effects on Predictors of Health Span and Longevity. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences* 2015; 70: 1097–1104.
11. Campisi J, Kapahi P, Lithgow GJ et al. From discoveries in ageing research to therapeutics for healthy ageing. *Nature* 2019; 571: 183–192.
12. Stevenson-Hoare J, Leonenko G, Escott-Price V. Comparison of long-term effects of metformin on longevity between people with type 2 diabetes and matched non-diabetic controls. *BMC Public Health* 2023; 23: 804.
13. Olinger B, Banarjee R, Dey A et al. The secretome of senescent monocytes predicts age-related clinical outcomes in humans. *Nature Aging* 2025; 5: 1266–1279.
14. Xu M, Pirtskhalava T, Farr JN et al. Senolytics improve physical function and increase lifespan in old age. *Nature Medicine* 2018; 24: 1246–1256.
15. Bischoff-Ferrari HA, Gangler S, Wiczorek M et al. Individual and additive effects of vitamin D, omega-3 and exercise on DNA methylation clocks of biological aging in older adults from the DO-HEALTH trial. *Nature Aging* 2025; 5(3): 376–385.
16. Yang F, Deng X, Yu Y et al. Association of Human Whole Blood NAD(+) Contents With Aging. *Front Endocrinology (Lausanne)* 2022; 13: 829658.
17. Presterud R, Deng WH, Wennerstrom AB et al. Long-Term Nicotinamide Riboside Use Improves Coordination and Eye Movements in Ataxia Telangiectasia. *Movement Disorders* 2024; 39: 360–369.
18. Dolle C, Tzoulis C. NAD augmentation as a disease-modifying strategy for neurodegeneration. *Trends in Endocrinology and Metabolism* 2025; S1043-2760(25)00070-0. doi: 10.1016/j.tem.2025.03.013.
19. Kinge JM, Oien H, Dieleman JL et al. Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022–2050. *BMC Medicine* 2025; 23: 116.
20. Scott AJ, Ellison M, Sinclair DA. The economic value of targeting aging. *Nature Aging* 2021; 1: 616–623.

Odin Haarberg
odinhaarberg91@gmail.com
NO-Age – Norwegian Centre on Healthy Aging Network
Avdeling for mikrobiologi
Oslo universitetssykehus
Forskningsveien 1
0373 Oslo

Odin Haarberg er bioteknolog med mastergrad fra NTNU og har erfaring fra diagnostisk industri. Han har særlig interesse for forebyggende helse, medisinsk teknologi og molekylærbiologi.

Petter Holland
petter.holland@ncmbm.uio.no
Avdeling for mikrobiologi
Oslo universitetssykehus
Forskningsveien 1
0373 Oslo

Petter Holland er forsker ved Oslo universitetssykehus. Han har bred erfaring innen forskning på molekylære mekanismer og bruk av stordata-analyser. Han har mottatt prisen for yngre forskere ved Klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo Universitetssykehus.

Hilde Loge Nilsen
h.l.nilsen@medisin.uio.no
Avdeling for mikrobiologi
Oslo universitetssykehus
Forskningsveien 1
0373 Oslo
CRESCO – Centre for embryology and healthy development,
(<https://noage100.com/>)

Hilde Loge Nilsen leder seksjon for forskning ved Avdeling for mikrobiologi ved Oslo universitetssykehus. Hun arbeider med DNA-reparasjon og aldring, og har vært med å grunnlegge No-Age og Nordic Aging Society. Deltar i ChromaDex External Research Program.

Medisinens manglende moderasjon

Michael 2025; 22: 228–237.

doi: 10.56175/Michael.12619

Moderne medisin er kritisert både for å gjøre for lite av det som virker, og for mye av det som ikke virker. Mange av tjenestene som tilbys, har begrenset eller negativ verdi samtidig som man har for få ressurser til å tilby virksomme tjenester. En grunn til dette paradokset er utvidelser av sykdomsbegrepet. Medisinens vektlegging av tegn, biomarkører, forstadier, risikofaktorer og prediktorer har stadig mindre relevans for folks faktiske plager og opplevelser. Dermed står medisinen i fare for å være mer til skade enn nytte og for å miste sitt moralske grunnlag: å hjelpe folk. Løsningen er moderasjon og økt grensebevissthet. Faget kan oppnå dette ved å vende tilbake til sitt opprinnelige moralske fundament: å redusere smerte, funksjonsnedsettelse og lidelse.

Medisinen har utvidet sitt virkefelt på en rekke områder. Langt flere tilstander kan diagnostiseres og behandles (1). Levealderen har økt og folkehelsen er bedre, men flere mennesker har diagnoser.

Det er et paradoks: Samtidig som mulighetene for diagnostikk og behandling langt overgår tilgjengelige ressurser, øker dokumentasjonen av medisinsk overaktivitet i form av overutredning, overdiagnostikk, overbehandling og unødvendige helsetjenester (2–10).

Medisinen har blitt oppfattet som «det største bidraget til menneskeheden» (11) og samfunnet har sett på medisinen som en *universell problemløser*. Derfor har man henvendt seg til medisinen med fenomener som homoseksualitet og barns manglende evne til å tilpasse seg skolesystemet – og medisinen har begjærlig tatt for seg av nye problemstillinger og oppgaver.

Samtidig har kritikken av moderne medisin vokst (12). I sin iver etter å hjelpe har den blitt nytteløs (13–15) eller til og med skadelig (16, 17). I sin økede kunnskap og makt har medisinen blitt kunnskapsløs og mak-

tesløs i å skille godt fra dårlig (18, 19). Det er blitt et grunnleggende problem at samtidig som vi mangler ressurser til medisinen mange effektive muligheter, er det godt dokumentert at medisinen kaster bort ressurser på unyttige tjenester (2–10).

I denne kronikken ønsker jeg å belyse problemet med at medisinen har utvidet sitt virkefelt til tjenester som er av liten eller ingen verdi, og til og med samlet sett er skadelige. Jeg skal gjøre dette ved å drøfte følgende spørsmål:

- Hvordan har medisinen utvidet sitt virkefelt?
- Hva kjennetegner denne utvidelsen?
- Hva driver denne utviklingen?
- Hvordan sette grenser for medisinsk (over)aktivitet?

Kronikken handler med andre ord om medisinen *essens* og *etos*. Den baserer seg på egne og andres arbeider om medisinen mål. Det er viktig å understreke at jeg, som ikke er helsearbeider, observerer medisinen fra utsiden.

Hvordan har medisinen utvidet sitt virkefelt?

En måte som medisinen har ekspandert på, er ved å utvide sykdomsbegrepet. Utvidelsen ser vi tydelig i antall sykdommer og diagnoser. I Carl von Linnés (1707–1778) oversikt over sykdommer, *Genera Morborum* fra 1759, var det 11 klasser og 325 enheter (20), mens det i ICD-11 er mer enn 55 000 koder (21). Utvidelsen av sykdomsbegrepet skjer på flere måter.

For det første kan alminnelige menneskelige fenomener og erfaringer, slik som sorg eller skoleatferd, gjøres til medisinske anliggender. Dette kalles gjerne medikalisering og er en *fenomenologisk utvidelse* av sykdomsbegrepet (22). En utfordring med dette er at man individualiserer generelle eller strukturelle problemer. Det blir barnet som har problemet (ADHD), og ikke skolen. I tillegg kan det føre til ansvarsfraskrivelse hos politikere og skoleverk. Medikalisering av alminnelige erfaringer kan også føre til stigmatisering og diskriminering.

En annen viktig utvidelse av sykdomsbegrepet følger av at vitenskap og teknologi oppdager eller etablerer nye sykdomsdefinerende entiteter, slik som indikatorer, tegn, markører, risikofaktorer, prediktorer og forstadier. Etter at man har funnet biomarkører som kan knyttes til Alzheimers sykdom, har disse blitt brukt til å definere sykdommen (23). Dette er en form for *ontologisk utvidelse* (1). Utfordringen er at det ikke alltid er en klar sammenheng mellom de medisinske entitetene og erfart eller manifest sykdom. Dette forekommer eksempelvis ved overdiagnostikk og overbehandling der

pasienter blir diagnostisert og behandlet for tilstander som ikke ville ha gitt symptomer eller sykdom, dersom de ikke var blitt oppdaget. Dette er en av grunnene til at screeningprogram er omdiskuterte.

Videre utvides sykdomsbegrepet ved at man senker terskler eller grenseverdier for gitte sykdommer, slik som hypertensjon og diabetes. Det gjør at flere med mildere tilstander inkluderes og faller inn under sykdomsbegrepet. Noen kaller dette for overdefinisjon (24), andre for misklassifikasjon (25). Felles er at man endrer grenseverdier. Det er derfor en form for *normativ utvidelse av sykdomsbegrepet*. Utfordringen med en slik utvidelse av sykdomsbegrepet er at man kan diagnostisere tilstander som er for milde til å bety noe for folks helse (26). Man gir dem en diagnose og behandler dem uten at det får reelle helsemessige konsekvenser (for den enkelte).

Estetisk utvidelse forekommer når utseendemessige forhold får diagnoser, og blir gjenstand for medisinske intervensjoner. Utstående ører og traktbryst er eksempler på dette. Det kan også skje ved at helsepersonell gir utseendemessige forhold diagnostiske kategorier, slik som «udefinert hake» og «ujevn hud» (27). Utfordringen med dette er at det kan bidra til å styrke de estetiske normene som er opphavet til problemet, samt til stigmatisering og diskriminering (28).

Gjennom *fenomenologisk, ontologisk og normativ* utvidelse av sykdomsbegrepet kan tiden fra man oppdager tegn på en sykdom, til erfarte symptomer og manifest sykdom, bli forlenget. Der hvor de tidlig oppdagede risikofaktorer eller sykdomstegn ikke ville utviklet seg til symptomer eller manifest sykdom, utgjør dette overdiagnostikk og mulig overbehandling. De nevnte utvidelsene av sykdomsbegrepet kan derfor føre til en *temporær utvidelse* av sykdomsbegrepet (26).

Medisinen har altså utvidet sitt virkefelt gjennom å utvide sykdomsbegrepet fenomenologisk, ontologisk, normativt og estetisk. Samtidig som dette utvilsomt har bidratt til å hjelpe flere mennesker, har det også ført til unødig diagnostikk og behandling, overdiagnostikk, overbehandling og skadelige følger av dette (2–10).

Svekket sammenheng med medisinsens moralske grunnlag

Et felles trekk ved de utvidelsene som er beskrevet ovenfor, er at man har svekket sammenhengen mellom de fenomenene og enhetene som medisinen er opptatt av (slik som tegn, markører og risikofaktorer), og det som erfares av pasienter, og som gir helsepersonell og samfunn en plikt til å hjelpe (slik som smerte, plage, funksjonstap og lidelse). Med dette beveger medisinen seg bort fra sitt tradisjonelle moralske grunnlag.

Betegnelse	Fenomen	Eksempel	Utfordringer
Fenomenologisk utvidelse	Menneskelige erfaringer	sorg menopause atferd på skolen	Fratar andre instanser ansvar og avskjærer mer effektive instanser og tiltak stigmatisering diskriminering
Medikalisering			
Ontologisk utvidelse	Medisinske enheter: indikatorer som: tegn, funn, markører, prediktorer, forstadier	nye bio-markører prediktorer risikofaktorermodeller	Uklar sammenheng mellom de medisinske enhetene og opplevd/observert sykdom overdiagnostikk overbehandling
Normativ utvidelse	Testers følsomhet senker deteksjons-terskler eller grenseverdier	grenser for kolesterol, og blodtrykk pre-diabetes pre-demens	Uklar sammenheng mellom de medisinske entitetene og opplevde eller observert sykdom overdiagnostikk overbehandling
Temporær utvidelse	Medisinske enheter (indikatorer) oppdages lenge før eventuelt opplevd eller (direkte) observert sykdom	genetiske markører for Huntingtons sykdom biomarkører for kognitiv svikt	Uklar sammenheng mellom de medisinske entitetene og opplevd / observert sykdom overdiagnostikk overbehandling
Estetisk utvidelse	Estetiske fenomener	utstående ører traktbryst	Fremmer/styrker uønskede estetiske normer, stigmatisering, diskriminering

Tabell 1 Oversikt over utvidelse av sykdomsbegrepet

Dette har skjedd gjennom tre prosesser. For det første har sykdomsbegrepet fjernet seg fra erfarte fenomener, slik som smerte, nedsatt funksjon og lidelse. Sykdomsdefinisjoner blir i økende grad gitt av målte størrelser, slik som indikatorer (biomarkører, risikofaktorer, prediktorer og forstadier).

For det andre forskyves de erfarte fenomenene frem i tid. Indikatorene indikerer noe som *kan* skje i *fremtiden*. Man overvåker og diagnostiserer stadig flere risikofaktorer, og man har fått flere «pre-sykdommer», slik som pre-diabetes, pre-pre-diabetes og til og med pre-pre-pre-diabetes (29).

For det tredje har diagnosebegrepet fjernet seg fra sykdomsbegrepet. Mens diagnoser tidligere var merkelapper på erfart eller manifest sykdom, har det nå blitt merkelapper på en rekke tilstander som er svakere assosiert med sykdom. Eksempelvis har en rekke risikofaktorer for sykdom fått egne diagnosekoder (30, 31). Det samme gjelder mulige forstadier til sykdom, slik som duktalt carcinoma in situ og tarmpolypper.

Sykdom er altså i mindre grad definert av erfarte fenomener her og nå, og mer gitt av målte fenomener som indikerer noe som kan skje i fremtiden. I tillegg øker skillet mellom diagnose og sykdom. Selv om målet er godt og utviklingen forståelig (32), er det to grunnleggende problemer med denne utviklingen: 1) medisinen står i fare for å være mer til skade enn nytte og 2) den mister sitt (tradisjonelle) moralske grunnlag som nettopp var å redusere smerte, funksjonsnedsettelse og lidelse (1). Satt på spissen kan det synes som om medisinen går fra å være opptatt av å redusere folks lidelse til at folk har fine biomarkører (33).

Driverne bak medisins utvidelse av sitt virkefelt

Dersom vi ønsker å gjøre noe med de utfordringene som den medisinske ekspansjonen fører med seg, er det viktig å identifisere hva som driver eller motiverer utvidelsene.

En viktig driver av utviklingen er økt kunnskap om sykdomsutvikling og sykdomsmekanismer. Dette er en *epistemologisk driver*. Økt kunnskap er selvsagt ofte et gode, men spørsmålet er om vi bruker denne kunnskapen til beste for folk eller ikke. Kunnskap om biomarkører er ikke alltid kunnskap om folks nåværende eller fremtidige plager.

Tilsvarende finnes en *pragmatisk driver*: Det at vi kan manipulere ulike faktorer, prosesser og mekanismer, gjør slike tilstander til sykdom. Menopause og aldring er eksempler på det. Vi får flere medikamenter rettet mot å «behandle aldring», slik som fisetin, metformin og rapamycin (34). Medisinen er drevet av mulighetenes imperativ: Når noe *er* mulig, *bør* det innføres og tilbys (35).

Det finnes også *moralske drivere*, eksempelvis når noe blir gjort til en sykdom eller en diagnose fordi det gir en grunn til å hjelpe mennesker. Eksempelvis blir enkeltmennesker gitt «fiktive» diagnoser for at de skal få hjelp, og personer får psykiske diagnoser for at de skal ha en inntekt (36). Grupper gis en diagnose for at de skal få behandling, slik som personer med overvekt (37, 38) eller kjønnsinkongruens. På Hawaii har man gjort hjemløshet til en medisinsk tilstand for å kunne hjelpe dem (39), og ICD-11 har innført koden QD71.0. Diskusjonen om rusmiddelbruk er et juridisk eller et helsefaglig anliggende kan være et annet eksempel.

Tilsvarende finnes det *juridiske drivere*, eksempelvis der hvor undersøkelser og behandlinger gjøres for å ha ryggen fri (defensiv medisin) (40). I tillegg opprettes eller brukes diagnoser for å oppnå juridiske avklaringer eller fordeler (41). Nakkesleng har vært brukt som et eksempel på dette (42).

I tillegg kan legemiddelindustrien eller andre aktører ha *kommersielle interesser* av å gjøre spesifikke tilstander til sykdom dersom de har tester eller

behandlinger for den, som de kan tjene penger på. Kosmetisk medisin (27, 43) og historien om hvordan industrien fremmet diagnosen og behandlingen av lavt testosteron (44), er eksempler på dette.

Det finnes også *ideologiske drivere*. Fremskrittstro, opphaussing (hype) og medisinsk hybris (45) er sterke drivere. Helse har erstattet frelse som livets mål for mange (46). Sterke faglige interesser kan også drive overaktivitet. Det samme gjelder et stadig økende antall retningslinjer og prosedyrer (laget av subspesialiser anvendt av generalister).

Hvordan sette grenser for medisinsk aktivitet?

Helt siden Ivan Illichs bok *Medisinsk nemesis* i 1975 (47) har det vært iverksatt en rekke tiltak for å sette grenser for medisinenes aktivitet. *Gjør kloke valg*-initiativet er ett eksempel på dette (48). *BMJ* har satt søkelys på problemet gjennom serien om *Too Much Medicine* (49, 50). Flere land har hatt initiativer og tiltak, slik som *Right Care Movement* i USA, *Slow Medicine* i Italia, *Prudent Healthcare* i Wales, *MedicineWise* i Australia, *Smarter Medicine* i Sveits og *Realistic Medicine* i Skottland (51). I tillegg er det utviklet rammeverk for *minimalt disruptiv medisin* (52), *høyintegritetsmedisin* (53) og for å legge vekt på de ikke-medisinske determinantene for folks helse (54). Likevel synes problemet å bestå. Medisinen gjør for mye av det som ikke virker – samtidig som den gjør for lite av det som virker.

En av grunnene til det er at driverne beskrevet ovenfor, er sterke, samvirker og er komplekse. En annen er at medisinen har endret sitt mål og moralske grunnlag. Målet er ikke lenger bare å redusere smerte, funksjonsnedsettelse og lidelse (her og nå), men i større grad å fremme velvære, både fysisk, mentalt og sosialt (55) (i fremtiden). Min påstand er at denne utvidelsen er en viktig grunn til det paradokset som er beskrevet her. Det hindrer medisinen i å bevare kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og bærekraft. Derfor mener jeg at medisinen må moderere seg.

En måte å gjøre det på er å avgrense medisinenes mål til å redusere smerte, funksjonstap og lidelse fremfor å fremme velvære og lykke (56). Det betyr blant annet at medisinen bør prioritere sykdom fremfor helse (57). Den filosofiske begrunnelsen er at det er enklere å vite hva som er vondt, enn hva som er godt – at det er lettere å definere sykdom enn helse.

Dessuten er det en asymmetri i våre moralske forpliktelser overfor andre mennesker. Andres lidelse påkaller en større moralsk plikt til å hjelpe enn plikten til å sørge for deres velvære eller lykke (56). Så lenge vi ikke har ressurser nok, og det er stor samtidig lidelse, bør vi prioritere å avhjelpe lidelsen fremfor å fremme menneskers velvære i fremtiden.

Å vende tilbake til medisinen opprinnelige etos, å redusere smerte, funksjonstap og lidelse (1), er kontroversielt. Det strider blant annet mot WHO's ambisjoner og deres definisjon av helse, og det finnes gode motargumenter, som jeg har drøftet i en annen artikkel (56).

Uansett må medisinen moderere seg. Det finnes ikke nok ressurser til å realisere alle dens muligheter. Dessuten øker dokumentasjonen om at den gjør mer skade enn nytte.

Konklusjon

I denne kronikken har jeg tatt utgangspunkt i paradokset at medisinen gjør for lite av det som virker, og for mye av det som ikke virker. Medisinen har vært kraftig kritisert for å skape sykdom og undergrave menneskers mestringsevne (47), å bruke feil midler (17), å overdrive sine resultater (58), å la seg forføre av teknologiske muligheter (59, 60) og medisinsk hybris (45) og å gå til grunne på grunn av sine beste egenskaper (17).

Jeg har sett på hvordan disse problemene er knyttet til utvidelsen av sykdomsbegrepet og at det kjennetegnes av at det medisinen er opptatt av (tegn, markører, risikofaktorer, prediktorer, forstadier), i mindre grad kan knyttes til det som erfares (smerte, funksjonsnedsettelse, lidelse), og påkaller en plikt til å hjelpe. Med dette har medisinen fjernet seg fra sitt tradisjonelle moralske mål: å redusere smerte, funksjonsnedsettelse og lidelse. Det er mange drivere av denne utviklingen som det er viktig at vi tar tak i, når vi skal tøyse medisinen virke. Moderasjon er viktig for å opprettholde kvalitet, faglig integritet, pasientsikkerhet, effektivitet og bærekraft.

Det kan medisinen oppnå ved å vende tilbake til sitt opprinnelige moralske grunnlag: å redusere erfart smerte, funksjonsnedsettelse og lidelse.

Litteratur

1. Hofmann B. Expanding disease and undermining the ethos of medicine. *European Journal of Epidemiology* 2019; 34: 613–619.
2. Olivares-Tirado P, Zanga R. Waste in health care spending: A scoping review. *International Journal of Healthcare Management* 2024; 17: 330–342.
3. Speer M, McCullough JM, Fielding JE et al. Excess medical care spending: the categories, magnitude, and opportunity costs of wasteful spending in the United States. *American journal of public health* 2020; 110: 1743–1748.
4. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2019; 322: 1501–1509.
5. Oakes AH, Chang H-Y, Segal JB. Systemic overuse of health care in a commercially insured US population, 2010–2015. *BMC health services research* 2019; 19: 280.

6. OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing, 2017.
7. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B et al. Overtreatment in the United States. *PLOS ONE* 2017; 12:e0181970.
8. Elshaug AG, Bessen T, Moss JR et al. Addressing “waste” in diagnostic imaging: some implications of comparative effectiveness research. *Journal of the American College of Radiology* 2010; 7: 603–613.
9. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed : making people sick in the pursuit of health*. Boston, Mass.: Beacon Press, 2011.
10. Chalkidou K, Appleby J. Eliminating waste in healthcare spending. *BMJ* 2017; 356: j570.
11. Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. London: Harper Collins, 1997.
12. Le Fanu J. Rise and fall of modern medicine. *Lancet* 1999; 354: 518.
13. Schneiderman LJ, Jecker NS. *Wrong medicine: doctors, patients, and futile treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2011.
14. Jecker NS, Schneiderman LJ. Medical futility: the duty not to treat. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1993; 2: 151–159.
15. Soril LJJ, Seixas BV, Mitton C et al. Moving low value care lists into action: prioritizing candidate health technologies for reassessment using administrative data. *BMC Health Services Research* 2018; 18: 640.
16. Illich I. *Limits to medicine*. London: Penguin, 1976.
17. Skrabanek P, McCormick JS. *Follies & fallacies in medicine*. New York: Prometheus books, 1990.
18. Lupton D. *Medicine as culture: illness, disease and the body*. London: SAGE, 2012.
19. Brody H. *The healer's power*. New Haven, CT: Yale University Press, 1992.
20. Egdaahl A. Linnæus’ “Genera Morborum,” and Some of His Other Medical Works. *Medical library and historical journal* 1907; 5: 185.
21. Hofmann BM. Managing the moral expansion of medicine. *BMC medical ethics* 2022; 23:13.
22. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, health care, and philosophy* 2016; 19: 253–264.
23. Jack Jr CR, Bennett DA, Blennow K et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s & Dementia* 2018; 14: 535–562.
24. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn’t. *Evidence-based medicine* 2018; 23: 1–3.
25. Rogers WA, Mintzker Y. Getting clearer on overdiagnosis. *Journal of evaluation in clinical practice* 2016; 22: 580–587.
26. Hofmann BM. Too Much, Too Mild, Too Early: Diagnosing the Excessive Expansion of Diagnoses. *International Journal of General Medicine* 2022; 15: 6441–6450.
27. Rikhardsen I, Vogt H. Diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin i Norge. *Michael* 2025; 22: 17–28.

28. Den norske tannlegeforening og Norsk forening for allmenmedisin. *Policydokument – Kosmetisk behandling i allmenmedisin og odontologi*. Oslo: Den norske tannlegeforening og Legeforeningen, 2021.
29. Blagosklonny MV. Disease or not, aging is easily treatable. *Aging* 2018; 10: 3067.
30. Aronowitz RA. The converged experience of risk and disease. *The Milbank quarterly* 2009; 87: 417–442.
31. Schwartz PH. Risk and disease. *Perspectives in biology and medicine* 2008; 51: 320–334.
32. Hofmann B. Acknowledging and addressing the many ethical aspects of disease. *Patient education and counseling* 2022; 105: 1201–1208.
33. Hofmann BM. “My Biomarkers Are Fine, Thank You”: On the Biomarkerization of Modern Medicine. *Journal of General Internal Medicine* 2024. doi: 10.1007/s11606-024-09019
34. Hofmann B. Addressing the paradox: Health expansion threatening sustainable healthcare. *European Journal of Internal Medicine* 2023; 117: 3–7.
35. Hofmann B. Is there a technological imperative in health care? *International journal of technology assessment in health care* 2002; 18: 675–689.
36. Toresdatter A. Vi er i ferd med å lage en ny gruppe psykiatriske pasienter. *Aftenposten* 24.02.2017.
37. Hofmann B. Obesity: Its Status as a Disease. *Encyclopedia of Life Sciences* Hoboken, NJ: Wiley: 2016: 1–8.
38. Hofmann B. Obesity as a Socially Defined Disease: Philosophical Considerations and Implications for Policy and Care. *Health Care Analysis* 2016; 24: 86–100.
39. Green S, Chang KR. *Declaring homelessness to be a medical condition in the state for the purposes of MEDICAID eligibility and recognizing that housing instability is a major health factor that negatively affects homeless individual's health and well-being*. Hawaii: The Hawaii State Legislature, 2017.
40. Zheng J, Lu Y, Li W et al. Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care* 2023; 35: mzad096.
41. Sidley NT. On The Distinction Between Medical and Legal Diagnosis. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 1976; 4: 244–250.
42. Represas C, Vieira D, Magalhães T et al. No cash no whiplash?: Influence of the legal system on the incidence of whiplash injury. *Journal of forensic and legal medicine* 2008; 15: 353–355.
43. Hofmann B. Medikaliseringens firedobbelte makt. *Michael* 2025; 22: 12–16.
44. Schwartz LM, Woloshin S. Low “T” as in “template”: how to sell disease. *JAMA Internal medicine* 2013; 173: 1460–1462.
45. Shelley BP. “Primum Non Nocere,” Harmful Medical Mistakes, Hubris Syndrome, and Human Fallibility; Getting to the Heart of the Matter. *Archives of Medicine and Health Sciences* 2018; 6: 195. doi: 10.4103/amhs.amhs_140_18
46. Hofmann B. Helsevesenet og forordningen av det gode liv. *Dagens Medisin* 1999; nr 18.
47. Illich I. *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Pantheon Books, 1975.

48. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Quality & Safety* 2015; 24: 167–174.
49. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ* 2002; 324: 859–860.
50. Richards P. Too much medicine? *BMJ* 1999; 318: 268. doi: [10.1136/bmj.318.7178.268](https://doi.org/10.1136/bmj.318.7178.268)
51. Calderwood C. *Realistic Medicine: Chief Medical Officer's Annual Report, 2014–2015*. Scottish Government; 2016. <https://www.gov.scot/publications/chief-medical-officers-annual-report-2014-15/pages/2/> (8.3.2025)
52. Leppin AL, Montori VM, Gionfriddo MR, red. Minimally disruptive medicine: a pragmatically comprehensive model for delivering care to patients with multiple chronic conditions. *Healthcare* 2015; 3: 50–63. doi: [10.3390/healthcare3010050](https://doi.org/10.3390/healthcare3010050)
53. Mulley A, Coulter A, Wolpert M et al. New approaches to measurement and management for high integrity health systems. *BMJ* 2017; 356: j1401.
54. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017; 7: e013384.
55. World Health Organization. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization, 1946.
56. Hofmann B. Moral obligations towards human persons' wellbeing versus their suffering: an analysis of perspectives of moral philosophy. *Health Policy* 2024; 142, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105031>
57. Hofmann B. Does disease incite a stronger moral appeal than health? *BMC Medicine* 2023; 21: 419.
58. McKeown T. A basis for health strategies. A classification of disease. *British Medical Journal* 1983; 287: 594.
59. Hofmann BM. Biases and imperatives in handling medical technology. *Health Policy and Technology* 2019; 8: 377–385.
60. Hofmann BM. Too much technology. *BMJ* 2015; 350: h705.

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 ved Universitetet i Oslo og ved Institutt for helsevitenskap, NTNU på Gjøvik.

For mye bildediagnostikk?

Michael 2025; 22: 238–245.

doi: 10.56175/Michael.12621

Er all medisinsk bildediagnostikk nødvendig? Svaret er selvsagt nei. Som på andre områder innen medisinen gjør vi mer enn det som er strengt medisinsk nødvendig. Spørsmålet er snarere hvor stort omfanget av overforbruk er, hva årsakene kan være, hva konsekvensene er og – ikke minst – om vi kan gjøre noe med det.

Myndighetene har satt overforbruk av bildediagnostikk på sin dagsorden. Riksrevisjonen fant store regionale variasjoner i sin undersøkelse (1). Norge er blant landene som tar flest MR-undersøkelser per innbygger (2). Og et firma som tilbyr helsekontroll med omfattende ultralydundersøkelse, er i skrivende stund under vurdering av Helsetilsynet, etter kritikk fra Rådet for legeetikk (3).

Diagnostikk med høy nøyaktighet

Bilediagnostikk er blitt en viktig del av moderne medisin. Utviklingen har vært formidabel siden 1895, da Wilhelm Conrad Røntgen (1845–1923) oppdaget strålene. På 1970-tallet fikk vi i tillegg ultralyd og computertomografi (CT), og fra 1980-tallet magnetisk resonanstomografi (MR). I dette årtusenet har vi sett fremvekst av kombinasjoner av nukleærmedisinske og radiologiske metoder, som positron-emisjonstomografi og CT (PET/CT). Metodene blir stadig bedre.

I begynnelsen av årtusenet var det en ganske rask vekst på mange bildediagnostiske områder (4). Bruken har imidlertid stabilisert seg. I perioden 2013 til 2021 ble det foretatt i snitt 4,3 millioner bildediagnostiske undersøkelser per år (5). Rundt halvparten var vanlige røntgenbilder, ultralydundersøkelser utgjorde litt under 10 %. I 2021 ble det foretatt mer enn 700 000

MR-undersøkelser, knapt 500 000 undersøkelser med CT og omtrent 18 000 med PET/CT (2).

Undersøkelsene gjøres ofte for å avklare en klinisk mistanke, for å oppnå større diagnostisk presisjon, eller for å kontrollere effekten av behandling. Mange undersøkelser har stor nøyaktighet. Ved mistanke om blodpropp i lungene regner vi for eksempel med at CT kan avklare mistanken med en sensitivitet på 89 % og en spesifisitet på 95 % (6). MR identifiserer binyresvulster med en sensitivitet på 94 % og en spesifisitet på 95 % (7). Vi vet mye om hvor nøyaktige undersøkelsene er. Bildediagnostikk egner seg godt for både prospektive og retrospektive studier, ettersom vi gjerne har både bildene og en radiologisk og en klinisk konklusjon.

Langt fra alle kliniske spørsmål kan besvares med bildediagnostiske metoder. I 2007 hevdet VG at den nye CT-maskinen ved Akershus universitetssykehus (Ahus) var «maskinen som ser alt» (8). Pasienter kom ens ærend for å få svar på problemstillinger som ingen andre hadde funnet ut av. Noen reiste skuffet hjem. For det er langt fra alle helseplager vi kan avbilde – om de eksisterer. Likeledes kan bildediagnostikk aldri fastslå at en pasient er frisk – bare at vi ikke har sett tegn til sykdom eller skade. «Ikke påvist» er en vanlig bildediagnostisk konklusjon.

Ingen undersøkelser har en nøyaktighet på 100 %. Og det medfører et annet problem – falskt positive og falskt negative resultater. Et falskt positivt resultat er omtale av funn som i praksis verken er en aktuell sykdom eller skade. Det kan føre til nye og unødvendige undersøkelser. Et falskt negativt resultat overser funn som faktisk burde behandles. Det kan gi pasienter falsk trygghet og føre til at de venter lenger med å søke helsehjelp enn de ellers ville ha gjort. Begge deler er en belastning både for pasient og sektor.

Klinisk nytte

Bildediagnostisk nøyaktighet er ikke det samme som klinisk nytte. En undersøkelse har begrenset klinisk nytte dersom den ikke får noen klinisk konsekvens, uansett resultat. Det er kanskje her diskusjonen om overforbruk starter. En undersøkelse som ikke vil kunne få noen klinisk konsekvens, koster også penger, og den røver tid både fra helsepersonell og pasient. Men hvordan identifiserer vi slike undersøkelser?

Det hadde selvsagt vært flott om det var så enkelt at undersøkelsen enten var nødvendig eller unødvendig. Så enkelt er det ikke. Nytte er til dels en klinisk vurdering der både alvorlighetsgrad og betydning for valg mellom behandlingsformer inngår. Noen ganger får undersøkelsen stor betydning for behandlingsvalg og for å oppdage livstruende tilstander. Andre ganger

er betydningen mindre, og pasienten ville kanskje fått tilfredsstillende behandling uansett. Verdien kan være negativ fordi både økonomi, strålebelastning og falske resultater må med.

Nøyaktighet har vi, som nevnt, ofte gode tall på. Forskjellige metoder har forskjellig nøyaktighet. En undersøkelse med lav nøyaktighet har begrenset verdi selv om sykdommen er alvorlig, og en undersøkelse med høy nøyaktighet har begrenset verdi dersom de behandlingsmessige konsekvensene er små.

Nå er ikke vurderingen av klinisk nytte alltid omforent. I Riksrevisjonens undersøkelse vurderte uavhengige radiologer 1 479 henvisninger til CT og MR fra perioden 2012–2015 (1). I 10 % av tilfellene var radiologene uenige om hvorvidt undersøkelsen var medisinsk nødvendig, mens de i 13 % av tilfellene var enige om at undersøkelsen var unødvendige. Man etterspurte ikke klinikernes vurdering av medisinsk nødvendighet, selv om klinikerne som har sett pasienten, kanskje ville hatt en annen vurdering av nytte enn en radiolog som bare har sett henvisningsteksten.

Også andre forhold betraktes som nyttige. Noen ganger brukes bilde-diagnostikk for å undersøke personer i risikogrupper med tanke på å oppdage sykdom tidligere, og dermed kanskje oppnå et bedre behandlingsresultat. Mammografiprogrammet der friske kvinner undersøkes med mammografi hvert annet år, er et eksempel på dette.

Personer som er ferdigbehandlet, betraktes også noen ganger som en risikogruppe, og undersøkes dermed i en periode etter fullført behandling. Helsedirektoratets retningslinjer for oppfølging og etterkontroll etter kurativ behandling for lungekreft anbefaler for eksempel CT av lunger og øvre abdomen seks, tolv, 18 og 24 måneder etter kurativ behandling, deretter årlig i tre år – til sammen sju CT-undersøkelser (9).

Slike undersøkelser gjøres ofte etter protokoll, og er dermed også et eksempel på undersøkelser som baseres på regler og retningslinjer, ikke på klinisk vurdering. Pakkeforløp for kreft er et annet eksempel, der bildediagnostikk ofte inngår som en rettighet – uten individuell vurdering.

En studie av årsaker til henvisninger med antatt lav verdi nevner også andre relevante faktorer (10). «Defensiv medisin» er en av dem, der det henvises til bildediagnostikk «for sikkerhets skyld», uten altfor sterk klinisk indikasjon. Det er tross alt tryggere å henvise én pasient for mye enn én pasient for lite. Én pasient for mye røver litt tid og ressurser. Én pasient for lite kan være alvorlig, først og fremst for pasienten, men kan også være sterkt belastende for klinikere.

Pasientene har også gjerne en egen oppfatning av hva som er nyttig. Bildediagnostikk kan kanskje bidra til å redusere pasientens engstelse selv

om den klinisk sett er ganske ubegrunnet. Vi ønsker tross alt å involvere pasienter i beslutningsprosesser, og har «samvalg» som et uttalt mål (11). Men da kan jo ikke klinikerer alltid ha vetorett. Aksept av pasientens vurdering kan noen ganger være nødvendig for å oppnå et godt samarbeid. Og i media leser vi jo stadig om idrettsutøvere som må ha MR. Så hvis det er nyttig for dem og deres skader – skal ikke da vanlige folk tilbys det samme?

Sist, men ikke minst, bør vi nevne «politisk nytte». Bildediagnostisk utstyr som gave eller bevilgning kan gi et positivt omdømme, selv når driftsutgifter og lokaler ikke er dekket. Når politikere dessuten vedtar bilde-diagnostikk som rettighet, og dermed prioriterer noen opp uten å sikre finansiering eller angi hvem som skal prioriteres ned, er det lett å tenke at gevinsten ved å vise handlekraft overfor enkelte grupper er med i regnestykket.

Bastian-tiltak

I historien om Kardemomme by blir Politimester Bastian spurt om hvilke tiltak han vil iverksette for å redusere løve-faren (12). Svaret er: «Skrive ned, og tenke nøye over.» Tiltaket løser vel ikke problemet, men det viser jo at man tar faren på alvor, uten økt risiko for å bli spist selv – av løven.

Vi ser dessverre altfor ofte liknende tiltak i helsesektoren. Når man identifiserer et problem, skal man ikke først og fremst vurdere og evaluere *løsninger* – man skal iverksette *tiltak*. Spesielt vanskelig blir det når problemet er basert på en politisk vurdering, ikke på helsefaglige funn. Når myndighetene nå setter «overforbruk av bildediagnostikk» på dagsorden, kan man jo ikke iverksette tiltak for å teste hypotesen. Da må man finne tiltak som bekrefter den, om man vil unngå å bli spist.

Da Riksrevisjonen ønsket å dokumentere overforbruk, valgte de å kartlegge regionale forskjeller i bruk uten å forsøke å forklare forskjellene. Det nevnes for eksempel at det ble foretatt nærmere ti ganger så mange CT-undersøkelser av tykktarmen i Akershus som i Førde i perioden 2013–2015 (1). En tabloid tolking av dette funnet er at det ble gjort for mange undersøkelser i Akershus. Men kanskje ble det gjort for få i Førde? Og kanskje er det grunn til å spørre om ikke Akershus lå i forkant av utviklingen? Siden jeg var avdelingsleder ved Bildediagnostisk avdeling ved Ahus på den tiden, vet jeg at abdomen-seksjonen gjorde en iherdig innsats for å ta i bruk vårt moderne utstyr – «maskinen som ser alt». Dermed kunne noen pasienter tilbys CT-undersøkelse av tykktarmen (CT-koloskopi) som et akseptabelt alternativ til kliniske undersøkelser av tykktarmen (koloskopi). Det var lange ventelister for koloskopi. Hva var koloskopitallene og ventetidene for

Førde? Riksrevisjonen innså utfordringen, men innhentet ikke tallene til sammenlikning.

I dag snakker man gjerne om «uønsket» variasjon, men uten å si hva man mener med «uønsket». Da er vi egentlig like langt. Variasjon er jo ofte positivt. Det er et tegn på at faget drives fremover – noen går foran, og andre følger etter. *Om man opphører variasjon til et problem, gjør man samtidig middelmådighet til en norm.* Det er ingen tjent med. Nå kan selvsagt variasjon også brukes som grunnlag for en faglig diskusjon om valg og prioriteringer. Vi kan alle lære, og vi kan alle bli bedre. Men som mål på overforbruk er det vel ikke godt egnet.

Et annet eksempel på Bastian-tiltak er «aktive henvisninger». Noen har stor tiltro til at informasjonsteknologi skal løse alle problemer, og ser for seg at man lager elektroniske henvisninger der kliniker først må begrunne henvisningen i detalj, for deretter kanskje å oppleve at systemet varsler at henvisningen ikke er i overensstemmelse med retningslinjer, eller nekter at den sendes. Andre har forsøkt dette uten suksess. Ved et akademisk senter i USA førte bare 1 % av varslene til endring eller kansellering (13). Varslingen belastet klinikerne med 38 minutter per reell endring. I tillegg kom kostnadene til IT-systemet.

Opplæring blir lett et tiltak i samme kategori. Økt kunnskap har selvsagt alltid verdi, spesielt om man faktisk har grunnlag for å tro at kunnskapsmangel er et vesentlig problem, både for klinikerne som sender henvisningen, og for radiologen som godkjenner den. Dette har vi vel ikke mange holdepunkter for å hevde. Min erfaring er at klinikere lærer seg å formulere henvisninger på en slik måte at de får de undersøkelsene de ønsker. Så lenge henvisningen tydelig angir den kliniske problemstillingen, er det jo opp til radiologen å velge best mulig bildediagnostisk metode – det trenger ikke klinikerne opplæring i.

Den politiske føringen merker man også når det vises til at vi ligger høyt på statistikken over MR-undersøkelser per innbygger i Norge, men uten å nevne at vi ligger lavt på CT-statistikken (2). Ut fra et strålevernsperspektiv er jo dette ganske gunstig. Det nevnes heller ikke at det store antallet MR-maskiner i Norge ble brukt som argument *mot* å anskaffe PET/CT i sin tid. Så mens Danmark hadde et lavere antall MR-maskiner, var de til gjengjeld tidlig ute med å ta i bruk PET/CT. Om dette var en riktig prioritering, har vel aldri vært evaluert.

Man merker også føringene når en undersøkelse erklæres som «versting», fordi bare 10 % fører til inngrep (14). Det er en logisk kortslutning. Spørsmålet er om symptomene er av en slik art at bildediagnostikk trengs for å

avklare behovet for inngrep. I så fall er undersøkelsen høyst berettiget, også når konklusjonen er at det ikke er behov for behandling.

Medisinsk usikkerhet

Er egentlig forbruket av bildediagnostikk for høyt i Norge? Jeg mener at dette er galt spørsmål å stille. Spørsmålet bør handle om hvor stor medisinsk usikkerhet vi skal leve med, hvem som skal leve med usikkerheten og, ikke minst, hvem som skal ta ansvar for den. Noen grad av medisinsk usikkerhet må vi alltid leve med. Vi kan ikke bruke livet på å lete etter alle mulige slags sykdommer vi høyst sannsynlig ikke har. Bildediagnostikk oppleves som nyttig fordi det reduserer usikkerhet, men fjerner den ikke. Jeg kan vanskelig se for meg at det henvises spesielt ofte til undersøkelser som verken henviser eller pasient ser noen nytteverdi i.

Det er selvsagt våre politiske ledes rett og plikt å ha kontroll på offentlige utgifter og prioritere mellom gode tiltak. Det forutsetter at man må ta ansvar for å løfte noen frem og for å nedprioritere andre. Hvis målet er å redusere forbruket av bildediagnostiske undersøkelser, er det nettopp nedprioritering som må til. Men hvordan skal det gjøres? Hvem skal sette grensen, hvem tar ansvaret for konsekvensene, og hvordan skal grensen beskrives?

Alternativt kan man kanskje kreve at det kun skal henvises når det foreligger evidens for klinisk nytte, og blokkere for annen nyttevurdering. I så fall bør myndighetene starte med sine egne føringer. I protokollen for oppfølging av ferdigbehandlede lungekreftpasienter heter det for eksempel (9): «*Evidens for valg av intervall og varighet av CT-kontroller foreligger ikke*», samt at «*de fleste residiv oppdages som følge av symptomer*. Er de sju undersøkelsene da egentlig unødvendige, siden residiv oppdages gjennom symptomer og ikke med bildediagnostikk? Eller er det for få – ut fra samme resonnement?

Dessuten, hvordan følger myndighetene opp resultatet av sine egne føringer? Det antas at pakkeforløpet for prostatakreft har medvirket til en tredobling i antall MR-undersøkelser av prostata i perioden 2013 til 2021, mens insidensen og dødeligheten av prostatakreft var uendret i samme periode (15). Hva blir konsekvensen av det – om man vil ha ned forbruket?

Hva med de andre formene for nytte? Skal vi se bort fra verdien av å redusere en pasients usikkerhet? Strålevernforskriften krever at henvisninger til både CT og MR vurderes både av henvisende lege og en spesialist i radiologi. Ultralyd er derimot en type undersøkelse pasienter kan be om selv, og som tilbys av private aktører. Det er omstridt. Man skal selvsagt ikke markedsføre generelle ultralydundersøkelser som medisinsk nyttige uten evidens.

Men så lenge vi aksepterer at personer kan bestille en «Brazilian butt-lift» til 160 000 kroner fordi den oppleves som nyttig – uten evidens for klinisk verdi, skal vi da nekte en ultralydundersøkelse til 3 000 kroner uten evidens når pasienten opplever undersøkelsen som nyttig (16)?

Hva om vi blokkerer for defensiv medisin? Hvem sitter igjen med ansvaret dersom det viser seg at pasienten hadde rett i sin bekymring, selv om det ikke forelå kliniske funn som var forenlige med eksisterende evidens? Trygghet for klinikere er også viktig. Skal myndighetene redusere antall slike henvisninger, må de også finne en måte å overta ansvaret på.

Undersøkelser som er politisk nyttige, får vi vel aldri bukt med, men det bør jo være med for et komplett bilde. Skal vi redusere antall undersøkelser, trenger vi ikke flere Bastian-tiltak. Det røver i seg selv både tid, penger og energi. Vi trenger klare politiske valg og prioriteringer, der ansvaret er tydelig plassert.

Vi vet at det å prioritere noen opp er mye mer populært enn å prioritere noen ned. Kanskje bør vi gjøre som på andre viktige samfunnsområder der upopulære prioriteringer må gjennomføres; inngå et forlik. Kanskje er det et helseforlik som skal til for å få et tilbud og forbruk av helsetjenester som står i forhold til det man er politisk villig til å finansiere. Noen grad av usikkerhet må vi uansett leve med.

Alternativt får vi si om forbruket av bildediagnostikk det vi av og til må si til grundig utredede pasienter: «Noen problemer er jeg redd du bare må leve med.»

Litteratur

1. *Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk*. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1/2017. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2016-2017/bruken-av-poliklinisk-bildediagnostikk/> (25.7.2025)
2. Eurostat. *Healthcare resource statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology (2.6.2025)
3. *Årsberetning Rådet for legeetikk 2019*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/dd412e8e185c4931877f28e0a86c3285/arsberetning-2019.pdf> (2.6.2025)
4. Helsedirektoratet. *Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk*. Forslag fra Helsedirektoratet 1. februar 2019. <https://kudos.dfo.no/documents/2438/files/2386.pdf>
5. Hofmann BM, Brandsaeter IØ, Andersen ER et al. Temporal and geographical variations in diagnostic imaging in Norway. *BMC Health Services Research* 2024; 24: 463. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10869-5>
6. Abdellatif W, Abdellatif W, Ebada MA et al. Diagnostic Accuracy of Dual-Energy CT in Detection of Acute Pulmonary Embolism: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Association of Radiologists Journal* 2021; 72: 285–292.

7. Platzek I, Sieron D, Plodeck V et al. Chemical shift imaging for evaluation of adrenal masses: a systematic review and meta-analysis. *European Radiology* 2019; 29: 806–817.
8. Mjøseeng I. Maskinen som ser ser alt. *VG*, 27.11.2007: 30–32.
9. Helsedirektoratet. *Oppfølging og etterkontroll etter kurativ behandling for lungekreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesoteliom-og-thymom-handlings-program/kurativ-behandling-av-ikke-smacellet-lungekreft/oppfolging-og-etterkontroll-etter-kurativ-behandling-for-lungekreft> (2.6.2025)
10. Brandsæter IØ, Andersen ER, Hofmann BM et al. Drivers for low-value imaging: a qualitative study of stakeholders' perspectives in Norway. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 295. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09328-4>
11. Kienlin S, Eiring Ø, Kasper J. Samvalg. *Michael* 2020; 17: Supplement 24; 127–143.
12. Egner T. *Folk og røvere i Kardemomme by*. Oslo: Cappelen, 1955.
13. Lees AF, White A, Leu MG et al. Special Issue on CDS Failures: The Costs and Benefits of Clinical Decision Support for Radiology Appropriate Use Criteria: A Retrospective Observational Study. *Applied Clinical Informatics* 2025. doi: 10.1055/a-2635-3820
14. Topdahl RC. *Nå skal staten gjøre det vanskeligere for deg å få MR: – Folk har høye forventninger*. NRK.no 15.5.2025. <https://www.nrk.no/rogaland/na-skal-staten-gjore-det-vanskeligere-for-pasienter-a-fa-mr-bilder-1.17400897> (2.6.2025)
15. Hofmann B, Haug ES, Andersen ER et al. Increased magnetic resonance imaging in prostate cancer management—What are the outcomes? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2023; 29: 893–902. doi: 10.1111/jep.13791
16. Frøysa K. *Eli døde etter kosmetisk kirurgi på norsk klinikk*. Nrk.no 6.4.2025. https://www.nrk.no/dokumentar/eli-anne-therkildsen-_58_-dode-etter-kosmetisk-kirurgi-pa-norsk-klinikk-1.17364982 (2.6.2025)

Petter Hurlen

Petter@Hurlen.no

Akershus universitetssykehus HF

Postboks 1000

1478 Lørenskog

Petter Hurlen er overlege ved Akershus universitetssykehus med spesialitet i radiologi og en doktorgrad i helsetjenesteforskning. Han var tidligere leder for bildediagnostikk ved sykehuset, og er i dag forsker på heltid.

Når forskjellige virkeligheter møtes – en kvalitativ analyse av makt og spenninger i legestudenters allmennmedisinske konsultasjoner

Michael 2025; 22: 246–257.

doi: 10.56175/Michael.12622

Medisinske diskurser gir, ifølge Foucault, rammene for gyldige sannheter. Innenfor disse rammene utøves makt ved kliniske beslutninger og styring av kommunikasjon. Vi har undersøkt hvordan legestudenter reflekterte rundt allmennmedisinske konsultasjoner hvor det hadde oppstått spenninger knyttet til maktforholdene mellom student og pasient.

Vi gjorde en refleksiv tematisk analyse av 31 utvalgte refleksjonsnotater, skrevet av siste års legestudenter ved NTNU, etter fullført praksisperiode ved fastlegekontor.

Tre overordnede temaer beskrives: a) Utfordringer når kart og terreng ikke stemmer, b) Manglende forståelse gir en følelse av avmakt, og c) Erfaringer av forløsning. Studentene opplevde spenninger når deres medisinske forståelsesramme ikke samsvarte med pasientens opplevelse av sykdom. Dette medførte frustrasjon og en følelse av avmakt. Manglende avklaringer førte til misforståelser, mens utfordringer kunne løses gjennom kommunikasjonsferdigheter og en åpen tilnærming.

Studentenes beskrivelser kan tolkes som et uttrykk for at de strevde med å navigere mellom biomedisinske og personsentrerte tilnærminger. Pasientsentrert kommunikasjon kunne avhjulpet flere utfordringer, og virket noen ganger forløsende. Selv om studentene ikke alltid lyktes i konsultasjonene, uttrykte mange en bredere forståelse ved refleksjon i etterkant. Foucaults teorier om makt og diskurser kan bidra til å forstå balansegangen mellom biomedisinske og personsentrerte tilnærminger i klinisk arbeid.

I behandlingssituasjoner vil makt alltid påvirke samspillet og relasjonen mellom lege og pasient (1). Legerollen gir makt til å ta beslutninger, og

allmennlegens portvokterfunksjon kan gi opphav til spenninger i samspillet mellom pasient og lege (2–4). Legen kan også utøve ikke-beslutningsmakt ved interessemotsetninger – for eksempel ved å styre konsultasjonen (5). Grunnlaget for at pasienten skal følge legens råd bygger på tillit til legens faglige kompetanse, medfølelse, pålitelighet og kommunikasjon, rettet mot legen både som person og som representant for det medisinske faget (6).

Dermed er det nødvendig for legen å skape tillit for å legitimere beslutninger og sin egen maktposisjon.

En mulig tilnærming til å forstå og analysere denne makten er gjennom Foucaults arbeider, hvor han viser hvordan mennesker utvikler omfattende og langvarige sosialt konstruerte diskurser som definerer hva som anses som sannhet (7). Hos Foucault utøves makt ved utforskning og produksjon av denne sannheten.

Kunnskap om sannheten gir makt, og maktforholdene endres i takt med endringer i diskursen (8). I denne forståelsen er makt i ulike former til stede i alle sosiale relasjoner, og ikke begrenset til privilegerte grupper (8).

Helsepersonell utøver makt når de kategoriserer pasientens problemstillinger gjennom diagnoser og journalnotater (9). Samtidig kan legen oppleve avmakt på grunn av usikkerhet om hva som er best for pasienten (1, 10). Medisinsk uforklarte symptomer og pasientens subjektive plager kan utfordre den biomedisinske tradisjonen fordi det oppstår uoverensstemmelse mellom faglige kart og virkelighetens terreng (11). Foucault gir et rammeverk for å forstå slike spenninger som dynamikk mellom medisinske diskurser og motdiskurser (7, 12).

I møte med pasienter som oppleves som «vanskelige», kan videre kommunikasjon gjøres mer håndterbar ved å vise vilje til å forstå pasienten og årsaken til pasientens væremåte (13). Her er pasientsentrert metode sentralt, med kartlegging av de «fem F-ene»: følger, forestillinger, følelser, forventninger og forutsetninger (13, 14). Pasienten er eksperten på egen livssituasjon, og pasientens bidrag er nødvendig for å komme frem til en felles forståelse og løsning gjennom pasientsentrert metode (15).

Biopsykososiale tilnærminger vektlegges i legeutdanningen (16). Samtidig trenes legestudenter i å klassifisere sykdom basert på symptomer og kliniske funn. På den måten sosialiseres de inn i en tradisjon hvor pasientens sykdomsopplevelse vektlegges mindre enn patofysiologi (17, 18). Likevel lærer medisinstudenter i liten grad å reflektere over hvordan balansen mellom pasientsentrert metode og biomedisinsk forståelse påvirker maktdynamikken i lege–pasient-forholdet (1). Refleksjon rundt utfordringer i kliniske situasjoner vil kunne bidra til profesjonsdannelsen (19) og til å utvikle nødvendige ferdigheter for kloke vurderinger og handlinger (20).

For å forstå de underliggende prosessene bedre og hvordan utdanningen kan forberede studentene, undersøker vi i denne artikkelen hvordan spenninger i allmennmedisinske konsultasjoner kan knyttes til perspektiver på makt. Analysen bygger på refleksjonsnotater fra sjetteårs legestudenter.

Metode

Datagrunnlag

Datagrunnlaget er 110 refleksjonsnotater, skrevet av sjetteårsstudenter ved legeutdanningen ved NTNU høsten 2022, som del av et obligatorisk arbeidskrav. Etter fullført praksis ved fastlegekontor skrev studentene et refleksjonsnotat basert på en situasjon som hadde gjort inntrykk på dem, enten positivt eller negativt.

Analytisk tilnærming

Vi har gjort en refleksiv, tematisk analyse av refleksjonsnotatene, hovedsakelig med en utforskende og induktiv tilnærming (21). Foucaults forståelse av makt og diskurs (7) og begrepene beslutningsmakt og ikke-beslutningsmakt (1), danner teoretisk grunnlag for å identifisere beskrivelser av makt og for å avgrense og analysere materialet.

Førsteforfatteren leste samtlige refleksjonsnotater, og vurderte at 60 notater omhandlet spenninger og makt i en eller annen form. Forskergruppen valgte å avgrense nærmere analyse til de 31 refleksjonsnotatene som omhandlet temaet ikke-beslutningsmakt.

Sammenliknet med legens makt til å ta konkrete beslutninger, virket studentene i mindre grad bevisste på de mer subtile maktforholdene, som ofte kom til uttrykk gjennom følelser og reaksjoner.

Førsteforfatteren gjorde en blanding av semantisk og latent koding (21) ved hjelp av Word og Excel. Kodingen var inspirert av konsultasjonsmodellens fem F-er samt forståelsen av at makt kan utøves gjennom språk og fortolkning. Ved oppstart av analysen gjennomgikk forfatterne fem notater sammen. Øvrige diskusjoner tok utgangspunkt i utvalgene som førsteforfatter hadde gjort. Ved omarbeiding til artikkelformat diskuterte forskergruppen meningsinnholdet i utvalgte sitater, og utarbeidet reviderte temaer i fellesskap. Tre overordnede temaer ble belyst gjennom de sitatene som best representerte de perspektivene vi ønsket å fremme. Foucaults diskursteorier bidro til fortolkning av funnene, særlig mot slutten av analyseprosessen.

Forskergruppens sammensetning og refleksivitet

Denne artikkelen bygger på førsteforfatterens hovedoppgave ved medisinstudiet på NTNU i 2024, med utgangspunkt i notater skrevet av et tidligere

kull (22). Medforfatterne har bakgrunn fra klinikk, undervisning og forskning innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og pedagogikk. Vår tilnærming er forankret i en sosialkonstruktivistisk forståelse av kunnskap, der mening skapes i samspill med språk og kontekst. I tråd med Foucaults perspektiv ser vi makt som noe som utøves gjennom relasjoner og diskurser, snarere enn noe som besittes. Medlemmer i gruppen har også bidratt til et kapittel i læreboka Allmennmedisin som berører temaet makt indirekte fra ulike perspektiver (14).

Etiske aspekter og personvern

Prosjektet ble fremlagt for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (søknadsnummer 601140), men ble vurdert ikke å høre inn under helsetjenesteforskningsloven.

Derefter ble prosjektet meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør i mars 2023 (referansenummer 158498). Det ble vurdert å ha lovlig grunnlag, såfremt personopplysninger ble behandlet og lagret i tråd med NTNUs retningslinjer.

110 av 123 studenter samtykket til at refleksjonsnotatet ble brukt i forskning. Opplysninger om tredjeparter er samlet inn anonymt innenfor rammene av studentenes taushetsplikt (23), slik at de ikke kan spores tilbake til omtalte personer. Ved presentasjon av resultater har vi ytterligere begrenset informasjonen om pasienten som omtales, blant annet ved å utelate opplysninger om pasientens kjønn, alder og diagnoser.

Resultater

På tvers av datamaterialet fant vi at studentene strevde med å navigere i et landskap der de skal anvende både pasientsentrert metode og biomedisinsk forståelse. Kartet stemte ikke alltid med terrenget. Sykdommene og kontaktårsakene studentene hadde teoretisk kunnskap om, manifesterte seg noen ganger annerledes hos pasientene de møtte i praksis. Dette ga opphav til misforståelser, frustrasjon og avmaktfølelse i konsultasjonen, og en følelse av utilstrekkelighet i møte med pasienten og hens plager:

«Jeg skal tross alt snart arbeide som lege på egenhånd – hvordan skal det gå?» (student 78)

Når studentene strevde med å se pasientens forutsetninger og forståelsesramme for sine plager, ble det vanskelig å oppnå en felles forståelse. Spenninger i lege–pasient-relasjonen kunne likevel løses ved et ønske om å forstå helheten i situasjonen og ved å kommunisere med nysgjerrig interesse.

Utfordringer når kart og terreng ikke stemmer

Mange av refleksjonsnotatene handlet om utfordringer som oppstod når studentenes forventninger til en legerolle, basert på biomedisinsk diagnostikk og behandling, ikke stemte overens med den sammensatte virkeligheten de møtte i praksis.

En student beskrev et møte med en pasient med milde, uspesifikke symptomer. Studenten kartla pasientens problemstilling nøye, blant annet ved å bruke et psykiatrisk kartleggingsskjema.

«Pasienten stusset over at jeg kartla utslitthet, depresjon og angst så nøye, og begynte å forklare hva disse tilstandene er, gi generelle råd mot dette etc. Dette la jeg først merke til etter konsultasjonen. Vi var altså ikke på samme plan.» (student 75)

Mangelen på felles forståelse av problemstillingen gikk både ut over studentens selvtillit i konsultasjonen og pasientens tillit til studenten som hjelper.

Noen pasienter presenterte ikke medisinske problemer slik studentene forventet, ofte ved psykiske plager eller smertetilstander. Enkelte studenter kunne da ha vanskeligheter med å ha medfølelse med pasienten.

«Idet hun viste at hun ikke var så smertepreget som hun skulle ha det til, forsvant empatien.» (student 1)

Her uttrykker studenten indirekte forventninger til hvordan den subjektive smerten pasienten hadde beskrevet, burde komme til uttrykk gjennom observert atferd. Pasientens lidelsesuttrykk stemte ikke med studentens biomedisinske «kart». Dermed hadde studenten vanskeligheter med å se at pasienten likevel led. I tillegg var pasienten diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse, noe studenten kunne lese i journalen, men som pasienten ikke virket informert om. Flere studenter reflekterte over at informasjon i pasientens journal eller andres beskrivelser kan bidra til fordommer i pasientmøtet:

«Et annet viktig element å hente læring fra i denne situasjonen er bevissthet i forhold til hva slags tanker man gjør seg på forhånd av en konsultasjon og hva slags forestillinger man bygger opp i hodet sitt basert på hva andre forteller deg eller på tidligere journalhistorikk.» (student 41)

Både pasienter og studenter hadde forventninger til hva og hvem en lege skal være. Noen ganger kunne pasientene, direkte eller indirekte, uttrykke tvil om studentenes kvalifikasjoner som lege. Enkelte ble beskrevet som direkte nedlatende eller frekke:

«[Pasienten utbrøt:] «Er dette et forhør, eller?» Mitt første møte med mann, femti pluss, som fikk alle mine spørsmål til å fremstå som stein i skoen – plagsomme og helt malplacererte.» (student 3)

Også studentene kunne kjenne på at de manglet de riktige forutsetningene i møte med pasientene, på grunn av sin alder, kjønn, eller begrensede erfaring. Flere tvilte i større grad på egen kompetanse, rolle og profesjonalitet i møte med utdannede, ressurssterke pasienter. I andre tilfeller var det kontrasten mellom egen og pasientens livssituasjon som førte til en følelse av utilstrekkelighet hos studenten:

«Jeg følte på en kunstig rolle hvor jeg som ung og uerfaren skulle veilede og gi råd til et menneske som er mye klokere enn meg selv.» (student 50)

Manglende forståelse gir en følelse av avmakt

Studentene reagerte ofte med frustrasjon når de opplevde at de ikke lyktes i konsultasjonene. Språklige barrierer, mange problemstillinger eller manglende avklaring av agenda kunne føre til en opplevelse av kaos i konsultasjonene – med både *«en ansvarsfølelse og motløshet på samme tid»* (student 62). Dersom studenten ikke tok seg tid til å kartlegge pasientens forutsetninger og prioriteringer, manglet grunnlaget for en felles forståelse:

«[Konsultasjonen] gjorde inntrykk ettersom jeg kjente frustrasjon i møte med en pasient som handlet medisinsk irrasjonelt. Frustrasjonen ble ikke lettere å håndtere, når [pasientens] handlinger totalt sett fremstod som rasjonelle.» (student 62)

I denne konsultasjonen hadde studenten lagt vekt på å «ordne opp» i pasientens medisinske plager, men uten å forsøke å forstå hele pasientens situasjon. Studenten følte at hen hadde lyktes med å håndtere en kaotisk konsultasjon, og legge en plan for pasienten – bare for å oppdage at planen ikke passet pasientens behov:

«Umiddelbart ble jeg både skuffet og lei meg. Jeg hadde mobilisert det jeg kunne fra medisinsk ståsted. Jeg hadde stødig manøvrert meg gjennom to målrettede anamneser og kliniske undersøkelser. Selv trodde jeg at vi var i mål, men pasienten hadde ikke fått løst et eneste problem.» (student 62)

Noen studenter beskrev at egne følelser og frustrasjon gjorde det vanskeligere å håndtere pasienters eller pårørendes atferd. En student møtte en beruset pasient og dennes ektefelle. Både pasienten og pårørende ble opprørte og oppførte seg truende da studenten nektet å forskrive vanedannende medisin.

«Samtidig ble pasienten også selv etter hvert oppfarende, og reiste seg fra stolen og lente seg over bordet hvor jeg satt. Jeg ble sittende, delvis på grunn av at jeg frøs litt til, men også fordi jeg ikke ville reagere på hverken ektefelle eller pasientens truende oppførsel.» (student 10)

Studenten forsøkte å roe ned situasjonen, men til slutt stormet både pasient og pårørende ut i affekt. I sin refleksjon understreket studenten at hen hadde et sterkt ønske om å fremstå åpen og ikke være forutinntatt i møte med sårbare pasienter.

Erfaringer av forløsning

En student følte på avmakt i møte med en pasient som manglet tiltro til helsetjenesten, på grunn av tidligere erfaringer. Gjentatte oppsummeringer for å sjekke egen forståelse, og rådføring med veileder underveis, gjorde at det ble noe lettere å styre konsultasjonen. Det som imidlertid virket mest forløsende, var da studenten direkte adresserte pasientens frustrasjon:

«Jeg opplevde at da jeg senere spurte pasienten direkte om hennes følelse av frustrasjon og sinne virket det avvæpnende overfor oss begge. Hun brøt ut i tårer og det ble noen roligere minutter med utlufing.» (student 106)

Tillit er avgjørende i lege-pasient-relasjonen. En pasient hadde akseptert intensivt diabetesbehandling etter tett oppfølging gjennom studentens praksisperiode. Pasienten hadde avsluttet behandlingen på grunn av mistanke om at studenten stod bak en bekymringsmelding til hjemmesykepleien. Studenten uttrykte lettelse over at pasienten delte sine mistanker og reaksjoner, og over at tilliten kunne gjenoppbygges.

«Ikke bare sier dette noe om hvor raskt en relasjon mellom lege og pasient kan ødelegges, men også hvor utrolig raskt en relasjon kan bygges.» (student 29)

Til studentens overraskelse kunne noen pasientmøter ende med en fornøyd pasient og felles forståelse, selv om studenten ikke kunne gjøre noe konkret med pasientens helseplager.

«Pasient kom med pårørende og krevde hjelp. Jeg gjorde «ingenting» og var nervøs for at pasienten ville være misfornøyd. Pasient og pårørende var svært fornøyd.» (student 35)

Materialet inneholder flere eksempler på at studenten først etter konsultasjonen innser at det å snakke sammen, slik at pasienten får satt ord på problemet og opplever å bli lyttet til, kan være til stor hjelp.

Diskusjon

I denne studien av makt og spenninger i lege-pasient-forholdet har vi valgt å tematisere situasjoner der studentene beskrev følelser av frustrasjon, avmakt eller forløsning.

Vi har sett at spenninger mellom student og pasient blant annet oppstod i konsultasjoner hvor studentens faglige «kart» ikke passet med «terrenget» de møtte hos pasientene. Selv om studentene hadde fått undervisning i en biopsykososial forståelsesmodell, strevde studentene med å se og forstå pasientens situasjon og hvordan hen forstod symptomene sine. Diskrepansen mellom sykdomslære og sykdommens uttrykk førte dermed til at studentene opplevde en følelse av avmakt. Noen av studentene erfarte hvordan det å

sette ord på frustrasjonene kunne virke forløsende, og at pasientenes forventninger ikke alltid samsvarte med studentenes antakelser.

Medisinsk diskurs

Mange studenter beskrev hvordan de vektla objektive funn i medisinske vurderinger, og det ble opplevd som et dilemma dersom funnene ikke samsvarte med pasientens beskrivelser. I boka *Klinikkens fødsel*, først utgitt i 1963, analyserte Foucault hvordan medisinsk diskurs definerer hva som er sannhet, og dermed hva som er sykdom (7). Foucault beskrev hvordan leger innenfor den moderne medisinske diskursen, basert på patologisk anatomi og naturvitenskapelig metode, ofte objektiverer kropp og sykdom gjennom det såkalte «medisinske blikket», uten å ta inn over seg pasientens subjektive opplevelser og beskrivelser av sine plager. Da student 1 trakk slutninger om pasientens smertenivå basert på sine observasjoner, kan det tolkes som et uttrykk for et slikt medisinsk blikk. Legens tolkning og medisinske definisjon av pasientens symptomer gir dermed opphav til en form for makt (7). At ingen studenter reflekterte eksplisitt over denne makten, tyder på at dette perspektivet er lite integrert i undervisningen.

Selv om patofysiologi utgjør grunnlaget for medisinsk forståelse av sykdom, har pasientsentrert metode og kommunikasjon fått en sentral plass de siste årene (24), særlig innenfor allmennmedisin. Studentene har trent på å kartlegge de fem F-ene som verktøy for å sette seg inn i pasientens situasjon og anerkjenne pasientens bekymringer og smerte (13). Mange reflekterte over at de ikke utnyttet denne kompetansen godt nok. Selv om noen teoretikere vektlegger pasientens rolle som ekspert ut fra kunnskap om egen livssituasjon og sykdom (15), kan en biomedisinsk diagnostisk tankegang ha bidratt til å usynliggjøre relevansen av individuelle erfaringer (14, 17).

Personsentrert medisin går enda lenger i retning av årsaksmessig kompleksitet ved å legge vekt på pasientens verdisyn og et meningsfullt liv ved valg av tiltak (14). Student 62 beskrev pasientens handlinger som medisinsk irrasjonelle, men likevel totalt sett rasjonelle. Dette illustrerer en spenning mellom diskurs og motdiskurs – mellom en biomedisinsk og en personsentrert tilnærming.

Sannhet og makt

Flere studenter uttrykte bevissthet om hvordan informasjon fra journal eller annet helsepersonell kunne prege deres forventninger og tolkninger. Dette illustrerer hvordan helsepersonells tolkninger kan bli oppfattet som objektiv sannhet av andre (7, 9). At diagnosen personlighetsforstyrrelse var jour-

nalført, men ikke delt med pasienten, skapte en særlig utfordrende ubalanse mellom medisinstudenten og pasienten, noe student 41 reflekterte rundt. I tillegg til manglende mulighet for medvirkning, kunne fortolkningen av pasientens fremstilling farges av diagnosen uten at pasienten har mulighet til å imøtegå eller nyansere dette.

Samtidig som den medisinske diskursen tillater legen definisjonsmakt, utgjør den også en forståelsesramme som studentene arbeider innenfor. Unødvendig kartlegging av diagnostiske kriterier fremfor å møte pasientens opplevelse (student 75), kan tolkes som et uttrykk for at studentene også kan bli fanget av en biomedisinsk forståelse av sykdom. Mange studenter beskrev en følelse av avmakt når løsningsstrategiene deres ikke fungerte.

Studentene beskrev frustrasjon når de ikke kunne løse «alt» i løpet av én konsultasjon, selv om de ikke beskrev at pasienter uttrykte slike forventninger. Både trinnvis diagnostisk arbeid og tid som hjelpemiddel er veletablert i allmennpraksis (14), men er en annen tilnærming enn studentene møter i spesialisthelsetjenesten. Legerollen innebærer teknisk makt (1). Selv om ingen uttrykte det eksplisitt, kan det tenkes at studentene forventet – eller ønsket – større teknisk makt til å rette opp i andres liv.

Tillit

Som student 3 viser, innebærer ikke tillit til medisinfaget automatisk tillit til legen som person (6), og studentene måtte opparbeide seg tillit gjennom faglig kunnskap og kommunikasjonsferdigheter. Manglende avklaringer, og dermed dårlig tilpassede tiltak, svekket pasientens tillit til den medisinske vurderingen (student 62). Student 29 eksemplifiserer hvordan et tillitsbrudd kan føre til manglende etterlevelse av behandling. Mistillit til studenten som person kan ha svekket tilliten til deres faglige kompetanse, eller vært et uttrykk for pasientens behov for kontroll.

Å adressere spenningen og frustrasjonen som oppstod i relasjonen mellom student og pasient, kunne virke forløsende. Student 106 illustrerer dette i en beskrivelse av empatisk speiling. I situasjoner hvor studenten stolte på egne kommunikasjonsferdigheter, kunne konsultasjonen landes uten konkrete løsninger på pasientens helseproblem (student 35). Ved å utforske pasientens sannhet ved hjelp av de fem F-ene og ta pasientens perspektiver med i videre samtale og vurdering, kunne en felles enighet utkrystalliseres, til tross for at studenten ikke imøtekom alle pasientens krav eller behov.

Metodologiske betraktninger

Denne studien gir et unikt innblikk i hvordan kommende leger håndterte spenninger i lege–pasient-forholdet. Refleksjonsnotatene representerer ikke situasjoner som nødvendigvis oppstår hyppig, men viser situasjoner studentene kan oppleve som spesielt strevsomme. Studien tok utgangspunkt i studentenes beskrivelser og tolkninger av det som skjedde i konsultasjonen. Pasientenes syn er bare indirekte representert og fremstilt, basert på studentenes tolkninger.

Forskergruppens interesse for temaer som personsentrert medisin, kommunikasjon og betydningen av livserfaringer kan ha gjort oss spesielt oppmerksomme på mønstre av konflikt mellom en reduksjonistisk biomedisinsk tilnærming og personsentrert medisin. Mens førsteforfatteren startet kodingen med begrenset kunnskap om maktteorier, har denne teoretiske rammen vært kjent for medforfatterne. Dermed har omarbeiding av resultater og tekst i økende grad blitt inspirert av teorier om diskurser og motdiskurser.

Konklusjon og implikasjoner

Vår analyse viste at diskrepans mellom ulike medisinske diskurser førte til emosjonelle og kognitive spenninger hos legestudenter. Dette førte til en opplevelse av avmakt hos studentene, mens gode kommunikasjonsferdigheter og bedre forberedelse til de ulike diskursene kunne bidra til mestring av balansegangen mellom biomedisinske og personsentrerte tilnærminger.

Aktiv bruk av refleksjon i utdanningen kan fremme profesjonell utvikling og styrke studentenes evne til selvinnsikt. Å integrere ulike diskurser i klinisk praksis vil kreve modning og erfaring som studenter ikke kan forventes å ha. Gjennom undervisning og veiledning kan studenter likevel få et grunnlag for å gjenkjenne og tolke situasjoner hvor de opplever å stå midt i spenninger mellom ulike diskurser og fagtradisjoner.

Litteratur

1. Schei E. *Makt i lege-pasientforholdet. Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredning 1998–2003, i samarbeid med Unipub forlag 2003; 57: 133–156.
2. Nilsen S. *Allmennlevers erfaringer som portvakt – utfordringer, håndtering og konsekvenser*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2018.
3. Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Sigurdsson JA, Getz LO. Komplekse problemstillinger i allmennpraksis – en prevalensstudie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140.
4. Breivold J, Rø KI, Hjörleifsson S. Conditions for gatekeeping when GPs consider patient requests unreasonable: a focus group study. *Family Practice* 2021; 39(1): 125–129.
5. Lukes S. *Power – A radical view*. 2 ed. New York: Palgrave Macmillan, 2005.

6. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15(7): 509–513.
7. Foucault M. *The Birth of the Clinic an Archaeology of Medical Perception*. Translated From the French by A.M. Sheridan Smith. Pantheon Books, 1973.
8. Polifroni EC. Power, Right, and Truth: Foucault's Triangle as a Model for Clinical Power. *Nursing Science Quarterly* 2009; 23(1): 8–12.
9. Soby W. Språk er makt. *Fontene*, 2023.
10. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5(12): e009593.
11. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Family Practice* 2004; 21(2): 199–203.
12. Moreno-Mulet C, Valdivielso-Navarro J, Miró-Bonet M, Carrero-Planells A, Gastaldo D. Transgressive Acts: Michel Foucault's Lessons on Resistance for Nurses. *Nursing Philosophy* 2025; 26(1): e70008.
13. Schei E. Den kliniske samtalen. I: Hunsbør S, red. *Allmennmedisin*. 4 ed. Gyldendal Norsk Forlag, 2023: 82–103.
14. Getz LO, Mjølstad BP. Livserfaringer, helse og sykdom. I: Hunsbør S, red. *Allmennmedisin*. 4 ed. Gyldendal Norsk Forlag 2023: 131–140.
15. Blakar RM. *Medisin, kommunikasjon, språk og (av)makt. Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredning 1998–2003, i samarbeid med Unipub forlag 2003: 156–173.
16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Freeman T, Ryan BL, McWilliam CL et al. Patient-Centered Medicine. *Transforming the Clinical Method* (4th ed.). CRC Press, 2024.
17. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medical Health Care Philosophy* 2014; 17(4): 529–540.
18. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education* 2002; 36(6): 568–574.
19. Peterson WJ, House JB, Sozener CB, Santen SA. Understanding the Struggles to Be a Medical Provider: View Through Medical Student Essays. *Journal of Emergency Medicine* 2018; 54(1): 102–108.
20. Kvernenes M, Schei E. *Legers læring*. 1 ed: Fagbokforlaget, 2022.
21. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: A practical guide*. 1 ed. London: Sage, 2021.
22. Mikkelsen ME. *Når forskjellige virkeligheter møtes – tolkningsmakt og dialog i legestudenters allmennmedisinske konsultasjoner*. NTNU, 2024.
23. *Lov om helsepersonell m.v.*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (12.7.2025)
24. Freeman T, McWhinney IR. *McWhinney's textbook of family medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2016. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=sitre&db=nlebk&db=nlabk&AN=1133061> (12.7.2025)
25. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Academic Medicine* 2012; 87(1): 41–50.

*Maja Elisabeth Mikkelsen
majaelisabeth@icloud.com
Fakultet for medisin og helsevitenskap*

Maja Elisabeth Mikkelsen er nyutdannet lege fra NTNU

*Linn Okkenhaug Getz,
linn.getz@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Linn Okkenhaug Getz er lege, professor i medisinske atferdsfag og leder for
Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU*

*Bente Prytz Mjølstad
bente.mjolstad@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Bente Prytz Mjølstad er fastlege ved Saksvik legekontor og førsteamanuensis
i allmennmedisin ved NTNU*

*Hilde Grimstad
hilde.grimstad@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Hilde Grimstad er lege, professor i allmenn- og atferdsmedisin og leder av
PLUS (Senter for pedagogikk, læring og undervisning) ved NTNU*

*Patric Wallin
patric.wallin@ntnu.no
Institutt for pedagogikk og livslang læring*

Patric Wallin er professor i universitetspedagogikk ved NTNU

*Gunnhild Åberge Vie
gunnhild.vie@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Gunnhild Åberge Vie er lege og førsteamanuensis i primærmedisinsk helse-
tjenesteforskning ved NTNU*

Artikkelen er fagfellevurdert

Aktørskap som helseressurs i et trygdemedisinsk perspektiv

Michael 2025; 22: 258–266.

doi: 10.5617/Michael.12623

I denne kronikken beskriver jeg 50 års historie om begreper relatert til en persons helseressurser, sett i et trygdemedisinsk perspektiv, slik de har blitt utviklet på møtesteder der arbeidsevnen vurderes. Møtestedene er innen sosialmedisin, rehabilitering og allmennmedisin, i psykologi, i studier av funksjonsevne og i arbeidslivsforskning.

Filosofen Hans-Georg Gadamer (1900–2002) beskrev helse som en gåte. Helsens skjulte karakter har med vår natur som levende vesener å gjøre. For helse er ikke en følelse. Helse handler om å være aktiv i verden – sammen med andre mennesker og med engasjement i hverdagen. Helse viser til en enhet som består i å være seg selv (1, s. 113–116). I situasjoner med funksjonssvikt og sviktende arbeidsevne har det imidlertid vist seg nødvendig å vinne kunnskap om ressurser for helse. Det er viktig for helsetjenestens fagfolk å ha begreper om helseressurser i møter med enkeltmenneskers helsesvikt.

«Personlig helseressurs» kan defineres som noe som fremmer helse, enten gjennom individuelle egenskaper som evner eller motivasjon, eller gjennom relasjoner til miljøet, andre personer, arbeidsplassen eller samfunnet.

Et sosialmedisinsk blikk

Nåtidig sosialmedisin forstås som et bredt anlagt emnefag om samfunn, sosiale levekår, sykdom og helse (2). Til klinisk bruk har faget munnet ut i en «sosialmedisinsk grunnholdning». «Den innebærer å vektlegge sosiale og psykologiske forhold i anamnese, diagnose, behandling og forebygging samt at det anlegges et helhetssyn på pasientens problemer og ressurser» (2, s. 240). Grunnholdningen er vel og bra, men jeg savner en redegjørelse for hvilke ressurser det er viktige å ivareta i klinikken.

Sosialmedisineren Bjørn Rogan (1917–1987) skrev følgende om ressurser, slik de ble forstått ved sosialmedisinske avdelinger omkring 1970: «Vi er ikke lenger primært interessert i hva sykdommen har tatt, men hva klienten har igjen av ressurser» (3, s. 1168). Videre skrev han at attføring «karakteriseres først og fremst ved sin målsetting [...]: å tilrettelegge klientens ressurser samt hjelpe ham til å utvikle og utnytte disse mest mulig» (3, s. 1168). Rogan knyttet utviklingen av klientens ressurser til spørsmålet om hvilket mål som ble satt for en attføringsprosess. Alt tyder på at det var legen som avgjorde målsettingen for attføring (4, s. 332–337).

Rehabilitering: personens egne mål har betydning

Attføringssenteret i Rauland (AiR) ble etablert i 1986 og var tidlig ute med systematisk rehabilitering av arbeidsuføre. Hva systematisk rehabilitering bestod av, forklarte psykolog Ivar Lie (1933–1999) i en fagbok om rehabiliteringens fagideologi og praktiske implikasjoner i 1989 (5). Det er personen selv, ikke fagfolkene, som må avgjøre hva som er mål for en rehabilitering. Målet må knyttes til «personens egne ønsker [...] valg av livsverdier. Å foreta slike valg på andres vegne innebærer umyndiggjøring [...]» (5, s. 16). Det dreier seg om langsiktige mål – som å komme i et arbeid igjen etter en sykdom og om etappene som må tilbakelegges for å komme fram til det langsiktige målet. Innen rehabilitering ble det utviklet en forståelse for at det å bli klar over egne mål, og hvordan slike mål skal kunne nås, er en viktig ressurs.

Motivasjon og selvbestemmelse

I 1993 sammenfattet pedagogen Roald Nygård (f. 1935) forskningen om motivasjon i boken *Aktør eller brikke? – om menneskers selvforståelse* (6). Han skrev at motivasjonspsykologien

framhever menneskets opplevelse av å ha innflytelse på sine omgivelser som noe helt grunnleggende [...] Betydningen av å oppleve seg selv som kompetent i forhold til miljøet, av å kunne se seg selv som årsak til forandringer i miljøet, framheves som helt sentralt i dagens motivasjonspsykologi. [...] Følelse av å være selvbestemmende i forhold til sine handlinger og av å ha kontroll over sin egen situasjon går hånd i hånd med frihets- og kompetanseopplevelse (6, s. 28).

Nygård brukte betegnelsen *aktør* om det «selvbestemmende, frie, velgende menneske, som forholder seg bevisst til sine omgivelser» (6, s. 18). Begrepet aktør brukes her med samme betydning.

Eivind Meland og John Nessa førte disse nye tankene om betydningen av selvbestemmelse inn i allmennmedisinen. De argumenterte i 1999 for at «endringer i medisinsk tenkning og praksis er nødvendig», med en pasi-

ent på utføring som eksempel (7, s. 557). En viktig endring var å akseptere at det overordnede medisinsk-etiske prinsippet om pasientens autonomi har erstattet paternalismeprinsippet for lege-pasient-forholdet. De skisserte hvordan legen kan legge til rette for «valgfrihet, selvstendighet og egenmotivering» i pasientoppfølging.

Både Nygård og Meland & Nessa viser til psykologene Edward Deci & Richard Ryans «selvbestemmelsesteori». Denne teorien sier at en «motivasjon som er basert på egne valg, som er internt forankret [...] har bedre sjanse til å lykkes i det lange løp [...]» (7, s. 558). Motivasjon, forankret i evnen til å bestemme selv, er en viktig ressurs.

Meland forklarte i 2005 at interesse for autonomi eller selvbestemmelse ikke handler om å fremme individualisme i betydningen «ubundet og uavhengig menneske» (8). Han argumenterer for en relasjonell forståelse av autonomi. Det er mulig for mennesker «å være selvbestemmende samtidig som vi er gjensidig avhengige», skriver han (8, s. 3443). En avklaring av at autonomi ikke behøver å bety individualisme, er viktig i et solidarisk velferdssamfunn. I et samfunn der vi erkjenner at vi er avhengige av hverandre, kan vi likevel verdsette autonomi som evne til «selvinitiering og selvbestemmelse [som] et menneskelig grunnvilkår» (8, s. 3443). Verdsetting av den individuelle personens selvbestemmelse er altså fullt ut forenlig med å erkjenne at sosiale relasjoner og sosial kontekst er grunnleggende for å leve gode liv.

I slutten av 1990-årene innførte Kirsti Malterud & Hanne Hollnagel begrepet «personlig helseressurs» i allmennmedisinsk forskning. De tok utgangspunkt i sosiologen Aaron Antonovskys (1923–1994) forskning om opphav til helse, altså *salutogenese*, til forskjell fra legenes interesse for opphav til sykdom, *patogenese*. Malterud & Hollnagel viste hvordan legen kunne bidra til at pasienter kunne bli klar over hvilke styrker de har i hverdagslivet for å holde seg friske, for å kunne ta dette i bruk i nye situasjoner (9).

Allmennlege Guri Aarseth argumenterte i sin doktoravhandling i 2019 for at en som søker om uførepensjon, bør gis både rett og plikt til å representere seg selv og sitt eget tap av arbeidsevne i forbindelse med erklæringskriving til Nav. Denne måten å representere seg selv på vil sikre pasientens integritet og autonomi. De pasientene som av ulike årsaker ikke greier å representere seg selv på denne måten skriftlig, burde ha juridisk rett til assistanse (10, s. 93f).

Aktørskap hører alt levende liv til

Indremedisinen og filosofen Eric Cassell (1928–2021) har skrevet om helbredelsens natur i moderne medisinsk praksis: «The basic aim of healers

must be the enabling or return of functioning so that patients may pursue or achieve their purposes and goals». Det er å anerkjenne « [...] thoughts, intentions, choice, and agency – the ability to act – in other words, persons» (11, s. 50). Evnen til å handle, «agency» på engelsk, «aktørskap» på norsk, er viktig for alles helbredelse, så langt det er mulig. Selvbestemmelse er vesentlig for mennesker med utviklingshemming. Det er viktig å bestemme over sin hverdag, kjenne at en har egen verdi og at en har egne livsprosjekter (12).

Innen nyere biologi blir organismens aktørskap forstått som helt sentralt. Biologen Raymond Noble og fysiologen Denis Noble skriver: «Agency is a feature of life. Living forms have goals, objectives, such as building a nest, obtaining food, moving from A to B, finding a mate [...]» (13, s. 58).

Evner og muligheter i omgivelsene

Etter mange års diskusjoner om funksjonsevne og funksjonshemming gav Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2001 ut en manual som på norsk heter *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF* (14). Manualen definerer en rekke begreper for hvordan funksjonsevne, som komplekst og relasjonelt fenomen mellom individ og omgivelser, bør forstås universelt.

Grunnbegreper er evner og muligheter slik de spiller seg ut i relasjoner og interaksjoner med omgivelsene. Både evner og muligheter i omgivelsene er ressurser. Evner utvikles i interaksjon med de muligheter til læring som finnes i omgivelsene. Om omgivelsene står det at det finnes en rekke «miljøfaktorer som ved sin tilstedeværelse eller fravær kan bedre en persons funksjon og redusere funksjonshemming. De omfatter aspekter som et fysisk miljø med tilgjengelighet, forekomsten av relevante tekniske hjelpemidler og positive holdninger i samfunnet når det gjelder funksjonshemming [...]» (14, s. 196).

Personlige ressurser, som å sette seg mål, bestemme selv, være motivert innenfra og å bli mer kjent med egne styrker, kom mer til syne innen rehabilitering, psykologisk forskning og medisinsk fagutvikling fra 1980-årene. Studier av funksjonsevne og funksjonshemming førte til at ressurser i relasjonene mellom individ og omgivelser, som evner og muligheter, ble klarlagt. Mennesket ble sett på som handlende, som *aktør* i relasjon til omgivelsene.

Trygdemedisinen inn i Nav – utforming av en personsentrert fagetikk

En ny situasjon for trygdemedisinen oppstod da Nav-reformen slo sammen den tidligere Trygdeetaten, Aetat og den kommunale sosialtjenesten. Refor-

men ble innledet i 2006 og iverksatt fram til 2011. Allerede i 1996 hadde Nygårds bok om motivasjon (6) vært viktig for utformingen av en «aktørmodell» i Aetats yrkesrettete attføring (15, s. 22f). Den medisinske modellen, der pasienten ofte ble sett på som passiv mottaker av behandling, møtte Aetats aktørmodell.

I 2014 konstaterte styret i Norsk trygdemedisinsk forening at flere viktige etiske og faglige spørsmål burde avklares, for å sikre god trygdemedisinsk praksis. Gjennom et prosjektarbeid ble det laget et kurs i Norsk elektronisk legehåndbok (16) og det kom en bok om trygdemedisinsk fagetikk (17).

For å kombinere en medisinsk modell med aktørmodellen, ble Lennart Nordenfelts (f. 1945) medisinske filosofi relevant. I den blir evnebegrepet benyttet som utgangspunkt for en teori om helse, arbeidsevne og sykdom (18).

Helsebegrepet er basert på å se mennesket helhetlig som handlende person. Helse defineres som «en persons kroppslige og mentale prosess som er slik at personen har evner, gitt rimelige omgivelser, til å realisere alle sine vitale mål» (17, kap. 4.2.2.) Definisjonen knytter helsebegrepet både til prosesser i personens kropp og sinn og til ressursene evner, omgivelser og eget mål ut fra at medisinen trenger et slikt ressursentert helsebegrep.

I boken om fagetikk er viktige personlige helseressurser stilt sammen slik tabell 1 viser (17). Grunnlaget er det medisinske helhetssynet og de faglige og etiske verdiene. Det ligger viktige etiske ressurser i møtet mellom lege (eller andre klinikere) og pasient. Fire sett av ressurser står fram som sentrale, nemlig *evner*, *mål*, *indre motivasjon* og *omgivelser* med sine muligheter.

Deci & Ryans «selvbestemmelsesteori» om hva som motiverer mennesker innenfra, ble ansett som velegnet i medisinsk praksis. Teorien er ikke individualistisk. Sosiale kontekster som støtter selvbestemmelse, dugelighet og gode relasjoner, med tilbakemeldinger, er grunnleggende i selvbestemmelsesteorien (19, s. 10–13). Det er viktig å kjenne til at selvbestemmelse refererer både til en *evne* til å ta beslutninger som gjenspeiler egne behov og mål, og et *etisk ideal* om å bestemme selv i eget liv.

Ressurser ved personen selv	
Evner	Kapasitet, kompetanse, dugelighet, mestringsforventning, bestemme selv i eget liv
Mål	Egne langsiktige og kortsiktige mål
Indre motivasjon	For å få oppfylt behovene for selvbestemmelse, dugelighet og gode relasjoner til, eller samhörighet med, andre mennesker. Viktig at behovene oppfylles sammen
Ytre ressurser	
Omgivelser med muligheter	Tilrettelegginger, læringsarenaer, organisatoriske endringer, bli akseptert, bli støttet sosialt, ha gode relasjoner til noen andre, kjenne trygghet i et samfunn
Ressurser i møtet mellom kliniker og pasient	
Menneskeverd	Respekt, anerkjennelse og deltakelse
Helhetlig kunnskap om mennesket	Mennesket • er aktør med frihet, fornuft og samvittighet med relasjoner til andre mennesker og til samfunn • består av både deler og helheter og omfatter flere dimensjoner (fysisk/kjemisk, biologisk/økologisk, psykisk og åndelig), alltid i noen slags omgivelser • ikke bare et objekt, men også et subjekt. Et positivt helsebegrep

Tabell 1. En oversikt over personlige helseressurser i klinisk praksis (17, kap. 4.2.5, lett modifisert)

Selvbestemmelse og sosial støtte i arbeidslivet

Hvordan spiller helseressurser seg ut i nåtidens arbeidsliv? Arbeidshelsepsykologien har utviklet forklaringsmodeller for å forstå sammenhenger mellom arbeid og helse (20). Arbeidslivsforskerne Robert Karaseks (1934–2015) og Töres Theorells (f. 1942) «krav-kontroll-støtte» modell har vært mye brukt i forskning gjennom flere tiår (20, 21). I 2024 karakteriserte Statens arbeidsmiljøinstitutt denne modellen fortsatt som «en sentral teori som har hatt betydning for forståelsen av forholdet mellom arbeidsmiljø og ansattes helse og trivsel» (22, s. 75).

Ifølge denne modellen vil et «godt organisert arbeidsmiljø der ansatte møter utfordrende, men håndterbare krav i kombinasjon med høy grad av kontroll, fremme både personlig og profesjonell vekst» (22, s. 75). På den annen side «advarer modellen om at en ubalanse – spesielt høye krav kombinert med lav kontroll – kan føre til økt risiko for stressrelaterte mentale og fysiske helseplager og sykdom» (22, s. 75). Også forskning om norsk arbeidsliv har identifisert jobbkontroll, altså graden av selvbestemmelse i arbeidet, som «en nøkkelfaktor for å fremme helse og motivasjon». Forsk-

ningen viser at «høy grad av jobbkontroll er assosiert med lavere risiko for både fysiske og psykiske helseplager» (22, s. 75). Krav-kontroll-støtte-modellen identifiserer to vesentlige faktorer for å fremme helse: selvbestemmelse og sosial støtte i arbeidet.

Tre historiske faser

Tanker om helseressurser ved arbeidsevnevurdering, med et trygdemedisinsk blikk, har i løpet av de siste rundt 50 årene kommet til uttrykk i tverrfaglig litteratur gjennom tre faser:

Den *første fasen* er representert med sosialmedisinen slik den ble praktisert ved sosialmedisinske avdelinger. Omkring 1970 var sosialmedisinere opptatt av å fremme pasienters ressurser gjennom målrettede aktiviteter. Målsettingen ble etter alt å dømme avgjort *paternalistisk*, det vil si av sosialmedisinerne.

I den *andre fasen* utover 1980-tallet ble det etablert en tenkning om at rehabilitering skulle være styrt og kontrollert av pasientens egne mål. Denne tankegangen utviklet seg mot slutten av århundret til å omfatte ressurser som motivasjon og selvbestemmelse. Allmennleger begynte å verdsette pasientautonomi som en viktig ressurs i klinisk praksis. Ved århundreskiftet la Verdens helseorganisasjon fram en modell for funksjonsevne der personens evner og muligheter i omgivelsene ble definert som helseressurser. Mennesket ble sett på som handlende, som aktør, med relasjoner til omgivelsene.

Den *tredje fasen* kom med etableringen av Nav fra 2006. Ved sammenlåingen ble det nødvendig å forene Aetats aktørmodell med en medisinsk modell. Nordenfelts handlingsteori ble ansett som et velegnet grunnlag for en sammenhengende forståelse av arbeidsevne, helse og sykdom. Indre motivasjon forstått ifølge «selvbestemmelsesteorien» ble sett på som en vesentlig helseressurs. Arbeidslivsforskningens «krav-kontroll-støtte-modell» identifiserte to vesentlige faktorer for å fremme helse: selvbestemmelse og sosial støtte i arbeidet.

Konklusjon

Utviklingen de siste 50 årene har vist at aktørskap mer og mer er blitt ansett som en vesentlig ressurs for helse. Å verdsette aktørskap vil si å betrakte mennesket som handlende, med motivasjon og mål, med evner og muligheter, i omgivelser og med sosiale relasjoner som fungerer støttende.

Helse er et sammensatt fenomen, slik ord som motstands- og tilpasningsdyktighet, opplevelse av sammenheng, vitalitet, livskraft, selvaktualisering og åndelige interesser gir uttrykk for. Men i denne mangesidigheten er det grunn til å anta at *aktørskap* med velfungerende relasjoner til omgi-

velsene er grunnleggende for en god helse. Det bør være et sentralt medisinsk anliggende å se til at mennesker, også som pasienter, så langt de kan makte fortsatt kan være aktører i eget liv.

Litteratur

1. Gadamer HG. *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Cambridge: Polity Press, 1996.
2. Krokstad S, Hara KW. *Sosialmedisin, velferd og trygd*. Oslo: Gyldendal, 2022.
3. Rogan B. Attføringens grunnlag og utvikling, endringer i problemstilling og klientel. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1969; 89: 1167–1170.
4. Solli HM. *Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførhetsvurderinger: en etisk og vitenskapsfilosofisk analyse av tre uførhetsmodeller i et historisk perspektiv*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2007. <https://www.michaeljournal.no/journal/2007/3> (2.4.2025)
5. Lie I. *Rehabilitering: prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal, 1989.
6. Nygård R. *Aktør eller brikke? Om menneskers selvforståelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993.
7. Meland E, Nessa J. Autonomifremmende klinisk arbeid. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1999; 119: 557–559.
8. Meland E. Gjensidig respekt heller enn omsorgsfull godhet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005; 125: 3442–3443.
9. Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice: key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health* 1998; 16: 66–71.
10. Aarseth G. *The language of work disability: a study of medical certificates written by Norwegian general practitioners*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2018. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-71466> (2.4.2025)
11. Cassell EJ. *The nature of healing: the modern practice of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
12. Ellingsen KE, red. *Selvbestemmelse: egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
13. Noble R, Noble D. *Understanding living systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 2023.
14. WHO. *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
15. Tøssebro AS. *Yrkesrettet attføring: en integrert del av arbeidsmarkedspolitikken: mot fagkyndighet i arbeidet for yrkesrettet attføring*. Oslo: Arbeidsdirektoratet, 1996.
16. Norsk elektronisk legehåndbok. *Trygdemedisin*. Klinisk emnekurs. 2020. <https://kurs.nhi.no/lege/klinisk-emnekurs/trygdemedisin/bd6b5a0d-18b6-5dba-bbd8-e44b781a42f0> (2.4.2025)
17. Solli HM. *Persontentrert trygdemedisin i etiske perspektiver: sykdom, funksjonsevne, ressurser og objektive erklæringer*. 2. utg. Oslo: Norsk trygdemedisinsk forening, 2023. <https://trygdemedisin.legeforeningen.no> (2.4.2025)

18. Nordenfelt L. *The concept of work ability*. Brussel: P.I.E. Peter Lang, 2008.
19. Ryan RM, Deci EL. *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press, 2017.
20. Saksvik PØ, Christensen M. *Arbeidspsykologi på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
21. Karasek R, Theorell T. *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Oxford: Basic Books, 1990.
22. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2024. <https://stami.no/her-er-stamis-faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2024/> (2.4.2025)

Jeg takker António Barbosa da Silva, Harald Elvsåshagen, Ingvild Damskog, Wenche Beate Karlsen, Nina Thunold Reime og tidsskriftet Michaels fagfeller for nyttige kommentarer.

*Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no
Sveene 36
3731 Skien*

Hans Magnus Solli er spesialist i allmennmedisin og dr.med. (2007) og har i mange år vært rådgivende lege i Trygdeetaten og i Nav. Som forsker har han interessert seg for vitenskapens teoretiske og etiske spørsmål relatert til trygde-medisinen.

Urbanisering og det skjulte vannforbruket

Michael 2025; 22: 267–269

doi: 10.56175/Michael.12624

Urbaniseringen i det 21. århundre har gitt betydelige helsemessige og økonomiske gevinster, men har samtidig ført til en rekke bivirkninger. En særlig underbelyst konsekvens er hvordan urbaniseringens strukturer og forbruksmønstre bidrar til økt vannforbruk. Denne artikkelen drøfter hvordan urbane kostholdsvaner, teknologisk infrastruktur og industrialisert matproduksjon øker vannforbruket – det usynlige vannet som forbrukes andre steder i verden for å opprettholde urbane livsstiler. Vannmangel er en økende driver bak svekket matproduksjon, migrasjon og sykdomsrisiko, og bør inngå i folkehelsefaglig tenkning.

Sammenhengen mellom vannmangel og folkehelse er kjent, men underkommunisert i medisinsk litteratur. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i flere tiår påpekt hvordan tilgang på rent vann er en grunnleggende determinant for helse, og hvordan klimaendringer og økt befolkningstetthet forsterker vannstress (1). Urbaniseringen intensiverer dette gjennom høyt ressursforbruk og avhengighet av fjernimport – som bruker vann som ikke er synlig (2).

Urbanisering og det skjulte vannet

Moderne byer forbruker store mengder vann indirekte, vann som brukes til å produsere mat, klær og teknologiske varer utenfor byene selv (3). Eksempelvis kreves det over 2 500 liter vann for å produsere én bomullsskjorte (4). Når bybefolkningen øker globalt, fører dette til økt etterspørsel etter ressurskrevende varer og til eksport av miljøpåvirkning til rurale og ofte fattigere regioner (5). Migrasjon til byer kan også forklares med at urbane sentre tapper distriktene for vann og andre naturressurser gjennom fjernimport. Denne ressursflyten svekker distriktenes evne til å opprettholde

lokal matproduksjon og levekår, noe som driver flere til å søke bedre muligheter i byene. Dermed forsterkes presset på byene.

Spesielt plantebaserte industriprodukter, som soyaprotein, mandler og ris, har i mange tilfeller svært høyt vannfotavtrykk, særlig når de produseres i tørre områder med kunstig irrigasjon (6). En grønn livsstil i byen kan dermed skjule en betydelig ekstern miljøbelastning. I tillegg til matproduksjon har moderne teknologi et betydelig forbruk av vann. Produksjon av elektronikk, databrikker og andre høyteknologiske produkter krever store mengder rent vann gjennom avanserte renseprosesser og kjøling (7). For eksempel kan produksjon av en enkelt databrikke kreve flere hundre liter vann, ofte i vannstressede regioner (7). Dette bidrar til økt press på globale vannressurser som ofte ikke synliggjøres i byers umiddelbare vannregnskap. Selv databruk fører til økt tørke i vannstressede områder og økt konflikt med lokal matproduksjon (8). Mange medisiner lages i vannstressede regioner som Kina og India (9).

Spørsmålet om nedvekst

Et voksende antall fagpersoner og samfunnsvitere stiller spørsmål ved vekstparadigmet som ligger til grunn for moderne byutvikling. Richard Smith, tidligere sjefredaktør i BMJ, har løftet frem nedvekst som et nødvendig perspektiv for helseprofesjonen, og han advarer mot å overse de planetære grensene vi allerede har overskredet (10). Byer i ressursknappe og tørre områder, som er fullstendig avhengige av fjernimport og ekstern miljøbelastning, representerer et geopolitisk og helsemessig risikobilde. Megabyer som Cape Town, Phoenix, Dubai, Mexico City og Los Angeles står allerede i fare for å overskride sine lokale vannreserver, samtidig som de har stort skjult vannforbruk. Kombinert med klimaendringer og økende sosial ulikhet, skaper dette en uholdbar situasjon der helserisikoen øker for både urbane og rurale befolkninger: dårligere matsikkerhet, høyere migrasjonspress, spredning av vannbårne sykdommer og økt geopolitisk ustabilitet. Det bør ikke være tabu å diskutere behovet for regional revitalisering som alternativer til videre urban ekspansjon (11).

Konklusjon

Urbaniseringen har gitt mange helsemessige og sosiale gevinster, men den har også skapt strukturelle problemer som rekker langt utover byenes egne grenser – særlig når det gjelder vannforbruk. Det er behov for mer oppmerksomhet rundt hvordan urbane strukturer påvirker vannressurser og helse på globalt nivå (12). Samtidig bør helsevesenet ikke unnlate å delta i den bredere samfunnsdebatten om hvorvidt visse økonomiske og urbane

systemer bør skaleres ned for å sikre helsemessig bærekraft for alle. Som helsepersonell burde det ikke være vanskelig å se viktigheten av vann for helse og velferd.

Litteratur

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water> (20.5.2025)
2. Hoekstra AY, Mekonnen MM, The water footprint of humanity. *Proceedings of the National Academy of Sciences U.S.A.* 2012; 109(9): 3232–3237. <https://doi.org/10.1073/pnas.1109936109>
3. Hoekstra AY, Chapagain AK. Globalization of Water: Sharing the Planet's Freshwater Resources. Blackwell Publishing, 2008.
4. Mekonnen MM, Hoekstra AY. The blue water footprint of global crop production. *Hydrology and Earth System Sciences* 2011; 15(5): 1577–1600.
5. Bales K. Blood and Earth: Modern Slavery, Ecocide, and the Secret to Saving the World. New York: Spiegel & Grau, 2016.
6. Ridoutt BG, Pfister S. A revised approach to water footprinting to make transparent the impacts of consumption and production on global freshwater scarcity. *Global Environmental Change* 2010; 20(1): 113–120.
7. <https://fpt-semiconductor.com/blogs/the-semiconductor-industry> (7.6.2025)
8. <https://www.theguardian.com/environment/2025/apr/09/big-tech-datacentres-water> (7.6.2025)
9. <https://www.a3p.org/en/sustainable-water-management-in-the-pharmaceutical-industry/> (8.6.2025)
10. Smith R. Why doctors should support degrowth. *BMJ* 2022; 379: o2866. doi:10.1136/bmj.o2866
11. <https://time.com/5882848/cities-future-urban-planning-development-covid19-pandemic/> (7.6.2025)
12. Kronenberg J, Anderson E, Elmqvist T et al. Cities, planetary boundaries, and degrowth. *The Lancet Planetary Health* 2024; 8(4): 234–241. doi: 10.1016/S2542-5196(24)00025-1

Robert Pedersen
robert.pedersen@hnt.no
Ankolmveien 23
7604 Levanger

Robert Pedersen er anestesilege for Helse Nord-Trøndelag

Medisinsk nemesis – 50 år etter

Michael 2025; 22: 270–275.

doi: 10.56175/Michael.12645

Nylig snublet jeg over Ivan Illichs klassiske bok Medisinsk nemesis, 50 år etter utgivelsen. Den er fortsatt skremmende aktuell.



Ivan Illich (1926–2002) ble født i Wien, med kroatisk og jødiske røtter (1, 2). Han reiste og flyttet mye i løpet av livet, bodde blant annet i USA, Mexico, Italia og Tyskland og behersket over ti språk. Han var katolsk prest, men brøt med kirken på grunn av motstand mot misjonering, som han betraktet som en form for kultur-imperialisme. Han studerte også naturvitenskap, filosofi og historie.

I 1970 utga han boka *Det skoleløse samfunn* (norsk utgave 1973) (3), en kritikk av skolen som institusjon. Budskapet er at skolen skaper ufrihet og avhengighet av lærere. I 1975 kom så *Medical nemesis: limits to medicine*, på norsk *Medisinsk nemesis* (4), en kritisk analyse av vestlig medisin. Her er kritikken rettet mot avhengighet av leger for å bevare helse.

Hva er helse?

Grunnleggende for å forstå budskapet i *Medisinsk nemesis* er Illichs oppfatning av begrepet helse. Han definerer helse som evnen til å håndtere død, smerte og sykdom, som uunngåelige og implisitte deler av menneskets liv. Vi kan ikke unngå noen av dem. Det vi kan gjøre er å håndtere dem som deler av våre liv. Å fremme helse er altså å lære seg å håndtere den implisitte lidelsen i menneskelivet. Hans synspunkt er at vestlig medisin inntar en gudeliknende posisjon i menneskers liv, en posisjon hvor folk mister evnen

til selvstendig å håndtere livets utfordringer. Medisinen gjør folk til objekter og konsumenter, uten kapasitet til selv å håndtere lidelse.

Medisinen som helsetrussel

Illich hevder at vestlig medisin ikke er så effektiv som den utgir seg for å være. Medisinen har innebygde og underkommuniserte svakheter. Det er lett å avskrive Illich som ekstrem, hør bare på den første setningen i boka: «Det medisinske 'establishment' er blitt en massiv trusel [sic] mot vår helse» (4, s. 9). Videre hevder han at sykehus produserer mer sykdom enn de helbreder. Mye ved Illichs bøker synes kontraintuitivt: At lærere gjør elever dumme, at det går fortere å sykle enn å kjøre bil, at medisin skaper uhelse. Hvordan argumenterer han for slike synspunkter?

Illich starter med å påpeke at medisinen med urette tar æren for nedgang i forekomsten av mange sykdommer. Nedgangen i infeksjonssykdommer skyldes ikke først og fremst vaksiner og antibiotika, men bedret ernæring og hygiene. Videre får intervensjoner æren for helbredelse, også når det er svak dokumentasjon for effekt. Hva er for eksempel poenget med å oppdage kreft tidlig, når det ikke fins gode bevis for at tidlig intervensjon har betydning? Illich påpeker hvor tynt det forskningsmessige grunnlaget er for mye av det som gis av behandling. I denne kritikken er han forut for sin tid, nesten tjue år før evidensbasert medisin blir et begrep (5).

Kulturell skade

Medisinen skader på ytterligere tre måter, mener Illich. Den første formen for skade er direkte, det vi kaller *iatrogen skade*. Medikamenter har bivirkninger, som undervurderes og underkommuniseres. Selv i rett dose og med rett indikasjon har legemidler og intervensjoner bivirkninger. Medikamenter gis dessuten ofte på feil grunnlag og i feil dose. Problemet forsterkes av legers frykt for å bli saksøkt. Denne frykten bidrar til unødvendige undersøkelser og behandlinger.

Det neste laget av skade er sosialt, i form av *medikalisering av livet*. Når problemer i livet i stadig større grad ses på som et medisinsk anliggende, så vil andre faktorer bli oversett, slik som sosiale, ernæringsmessige eller relasjonelle faktorer. På den måten vil personlig ansvar og evne til selv å ta tak i eget liv svekkes. Medikalisering forsterkes når farmasøytisk industri utvikler behandling av ikke-sykdom.

Det siste laget er det dypeste og viktigste, nemlig det kulturelle: Selve samfunnet påvirkes av medisinen. Han argumenterer med at kulturen, og med den folket, mister sin evne til å håndtere død, smerte og sykdom. I et medikalisert samfunn går folk inn i en sykerolle og med det i rollen som

hjelpeløs og avhengig. Medisinen fratar kulturen evnen og viljen til å leve med lidelse som en del av menneskelivet. Det ultimate uttrykket for dette ser vi i vårt benektende forhold til døden.

Medisinsk nemesis er en polemisk bok som godt kan kritiseres for å være unyansert og radikal. Selv om den er spekket med referanser, må den leses som en debattbok og ikke som en vitenskapelig publikasjon.

50 år senere...

Hvordan skal vi vurdere boka 50 år etter? Illich beskrev en eksplosjon i helsevesenets utbredelse og den økonomiske byrden for samfunnet. Det han beskriver, var bare en forsmak. I 1975 var det én lege per 600 innbyggere i Norge. I dag er tallet én per 200 innbyggere. På den annen side har vi som vitenskap og fag kommet mye lengre. Vi vet langt mer om behandlingene vi gir, tar evidensbaserte beslutninger på et helt annet nivå enn i 1975, og vi har fått revolusjonerende behandlinger som vi ikke hadde.

Likevel: Det fins slående eksempler på hvor profetisk Illich var. Et eksempel er økende resistens mot antibiotika. Her slår naturen selv tilbake mot ideen om å utrydde sykdom med medikamenter. Resistens, skapt av det medisinske prosjektet, skaper i sin tur nye sykdommer, og er en trussel mot den moderne kirurgien.

Det neste eksempelet er enda mer tydelig: opiatepidemien. Vi kan se bruken av opiat er mot kronisk smerte som et uttrykk nettopp for legers ønske om å fjerne smerte og lidelse. Forskrivning av opiat er et uttrykk for en hjelpeløshet i møtet med livets smerte. Her er det, som i Illichs analyse, flere lag av skade: Direkte bivirkninger av opiat, inkludert død. Medikaliseringen av livet, nylig vist i en studie hvor norske barn mellom ti og 12 år får smertestillende legemidler som behandling av mobbing, skjermetid og nedstemthet (6). Det siste laget er samfunnets manglende evne til å håndtere smerter og til i stedet å etterspørre medisinske svar. Dersom forbruket av smertestillende kan ses på som et uttrykk for å tåle smerter, så er vi på feil spor (7).

Tap av ansvar og autonomi

Et viktig begrep for Illich er *autonomi*. Han gjentar at medisinen fratar folk autonomi over eget liv og egen helse. En pasient sa nylig til meg at «NAV har ikke gjort noe for at jeg skal komme i jobb!» Dokumenter i saken viser snarere at NAV har hatt en betydelig innsats med arbeid som mål i over ti år. For pasienten har NAVs eksistens fjernet bevisstheten om *selv å gjøre noe* som en mulighet. Med andre ord: Eksistensen av at noen gjør noe for deg, gjør at du slutter å gjøre noe selv. Dette er helt i tråd med Illichs tredje nivå

av skade, hvor den medisinske kulturen gjør oss passive i eget liv. Det er det Illich mener med tap av autonomi.

Jeg mener å se en eksplosiv vekst i antall spørsmål jeg får om tilleggsstipend til studielån, hvor sykdom hindrer det å ha jobb ved siden av studier. Evnen til å jobbe ved siden av et studium er selvsagt umulig for legen å måle. Det gjør det vanskelig å si nei til en slik forespørsel. Samfunnets overdrevne tillit til legene gjør det mer aktuelt å gå til legen for å få en erklæring, enn å lære seg å leve med en egenskap eller et funksjonstap. Igjen tapes autonomi, vi ser en kulturell skade som har rot i medisins opphøyde plass i samfunnet.

Legeerklæringer kan virke uskyldige, men de får lett utilsiktede konsekvenser. Nylig kunne vi lese at skolen tilrettelegger for elever med angst ved at de slipper å ha fremføringer og gymnastikk (8). Vi vet at det er tiltak som er *motsatt* av anbefalt behandling, og som derfor på sikt *øker* angsten. Samtidig forsterkes identiteten som syk, og tilbøyeligheten til unngåelse som metode i møtet med ubehag.

Eksistensen av en behandling kan bli en trussel mot selv å håndtere utfordringer i livet. Uten benzodiazepiner ville ingen ha etterspurt tvilsom behandling som angstdemper før flyturer, i begravelser eller ved sorg. Etterspørsel er i seg selv skadelig, og så klarer vi kanskje ikke å si nei? Det er også vanskelig å si nei til alle som spør etter opiatbaserte hostemidler. Disse har knapt dokumentert effekt, men god dokumentasjon på skadelige virkninger. De nyere slankemedisinene virker på individnivå, men hva gjør det med samfunnet at en medikamentell mulighet fins? (9). Hvordan kan sykefraværet for migrene være tredoblet på ti år, når vi på samme tid har fått nye og mer effektive medikamenter (10)?

Mange med sammensatte livsvansker forlater legekontoret skuffet når de får vite at de har normalt stoffskifte og ingen vitaminmangel. Andelen av pasienter som henger seg opp i detaljer rundt egne blodprøver – som gjerne svinger innen referanseområdet – har økt merkbart i mine år som lege. Om målet er selvutvikling, så er en slik millimolopptatthet av egne blodverdier et villspor. Illich nevner selv som et eksempel at han spør en venn med kreft om hvordan han føler seg. Vennen svarer at han må ringe tilbake neste dag – for da er blodprøvene klare. Det delfiske «kjenn deg selv» har blitt til «kjenn dine blodprøver».

Det legges stor energi i å jakte på uspesifikke og vage diagnoser uten klare behandlinger, både innen somatikk og psykiatri. Mange ender ut med flere slike diagnoser. Resultatet av diagnosejakten er uklart, og neppe særlig helsefremmende. Å ta tak i eget liv og i egne relasjonelle vansker er et tyngre prosjekt enn diagnoser og piller. Vi ser også at allmennmenneskelige hen-

delser som å huske feil sted for en avtale, tolkes som medisinsk relevante og tillegges diagnostisk betydning (11).

Diagnoser kan gi fritak fra ansvar, og med det fra autonomi. ADHD-diagnosen fritar ikke bare den syke selv, men også foreldre, lærere og samfunn fra ansvar. Lite tyder på at vi følger Felleskatalogens krav om sentralstimulerende, *som en del av et omfattende behandlingsprogram*. I et glimrende essay beskriver lege Andreas Nydal hvordan det å få eller ikke å få en psykiatrisk diagnose påvirker individ og samfunn: Det er vanskelig ikke å gi en diagnose «for hva er det da?» (12): «Vi har iatrogen påført befolkningen denne ideen om at *det må være noe* når livet butter». Dette er helt i tråd med Illichs påstander om kulturell skade. Slik kan vi fortsette. Ja, endog aldringsprosessen og vårt utseende har blitt et medisinsk anliggende, det kalles kosmetisk medisin.

Kritikk av Illich

Eksemplene viser at Illichs kritikk står seg, et halvt århundre etter publisering. Han har stilt riktig diagnose, men hva er alternativet? Hva innebærer det å leve autonomt, og å ta ansvar for egen helse? Hvordan kan vi komme dit? Her har han ingen klare svar.

Det er heller ikke enkelt å gi svar. Jeg vil antyde noen ved å hinte til eldgammel filosofi. Det første er å bruke sokratiske spørsmål i pasientmøter, altså å bruke ikke-ledende spørsmål som styrker pasientens evne til selv å finne svar. I zenbuddhismen er holdningen at hjelpeløshet skal møtes ved å styrke evnen til å hjelpe seg selv. Styrke ligger inne i en selv, og bare ved egen kraft kan den økes. Terapi er å lokke fram denne kraften (13). Det siste hintet går tilbake til stoicismen. Det er mulig å håndtere problemer på andre måter enn ved å endre selve problemet, nemlig ved å endre måten vi tenker på.

Personlig betraktning

Vi trenger en helsetjeneste. Jeg er glad jeg kan søke hjelp når jeg føler meg syk. Jeg mener at folketrygden er en nødvendig og viktig del av samfunnet vårt. Men når jeg selv blir syk, og når jeg selv skal *bli stilt opp mot veggen og dø*, da foretrekker jeg å møte en lege som kjenner sin Illich. Jeg ønsker å møte en lege som har et reflektert og kritisk syn på medisinske undersøkelser og intervensjoner og som er åpen for at livsinnhold og funksjon er mer enn et rent medisinsk anliggende. Jeg ønsker å møte en lege som har mot til å avstå fra behandling, og i stedet tåler en eksistensiell samtale. Det er ingen selvfølge (14).

Litteratur

1. Ivan Illich. I: *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Ivan_Illich (1.7.2025).
2. Wæhle E. Ivan Illich. I: *Store norske leksikon*. https://snl.no/Ivan_Illich (1.7.2025).
3. Illich I. *Det skoleløse samfunn*. Oversatt av Kari og Kjell Risvik. Oslo: Dreyer, 1973. <https://www.nb.no/items/27c099a252cc1dbe2387d96c69ae5b3f?page=0> (2.9.2025).
4. Illich I. *Medisinsk nemesis*. Oversatt av Truls Hoff. Oslo: Gyldendal, 1975. <https://www.nb.no/items/242a0a00da996e4ec20211983d07ad1d?page=0> (2.9.2025).
5. Engebretsen E, Bondevik H. *Kunnskapsbasert medisin*. I: *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/kunnskapsbasert_medisin (1.7.2025).
6. Enstad F, Helseth S, Løyland B et al. Use of over-the-counter analgesics in Norwegian children – a national cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2025. <https://doi.org/10.1177/14034948251328492>
7. Olsen K, Tegnander P, Sandve E et al. Stor økning i bruk av smertestillende: – Det kan ha skjedd noe med terskelen. *NRK* 23.5.2022. <https://www.nrk.no/sorlandet/stor-okning-i-bruk-av-smertestillende--det-kan-ha-skjedd-noe-med-terskelen-1.15953977> (1.7.2025).
8. Ditlefsen H, Damsgaard E. Engstelige elever slipper fremføringer og gym – strider mot forskning. *NRK* 20.8.2025. <https://www.nrk.no/sorlandet/engstelige-elever-slipper-fremforinger-og-gym--strider-mot-forskning-1.17529083> (20.8.2025).
9. Ryan N, Savulescu J. The ethics of Ozempic and Wegovy. *Journal of Medical Ethics* 2025; jme-2024-110374. <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110374>
10. Damsgaard E, Samuelsen K. Migrene-fravær tredoblet: Svein Olav hadde hodepine 26 dager i februar. *NRK* 20.3.2025. <https://www.nrk.no/sorlandet/migrene-fravaer-tredoblet--svein-olav-hadde-hodepine-26-dager-i-februar-1.17335387> (8.7.2025).
11. Forberg K. Kvinnernes ADHD-kamp. *NRK* 13.7.2025. <https://www.nrk.no/buskerud/xl/ny-forskning-viser-at-kvinner-har-hatt-hoyere-krav-for-a-fa-stilt-en-adhd-diagnose-1.17454169> (13.7.2025).
12. Nydal A. Når diagnosen uteblir, hva er det da? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2025; 145. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0152>
13. Ono Y, Berger D. Zen and the art of psychotherapy. *Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1995; 1: 203–214.
14. Gulbrandsen P. Død i vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2024; 144. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0535>

Njål Flem Møland
nflem@online.no
Øvre Ferstad vei 3
7022 Trondheim

Njål Flem Møland er fastlege ved Hallset legesenter i Trondheim,
universitetslektor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet,
rådgivende lege i NAV og redaktør i *Utposten*.

Dersom, hvis, så fremt, i fall – presisjonsmedisinens muligheter

Erik Sveberg Dietrichs

Din medicin: veien til persontilpasset medicin

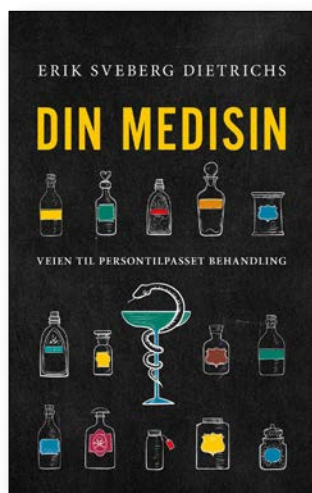
Oslo: Bonnier, 2025

203 s.

ISBN 978-82-347-2292-9

Michael 2025; 22: 276–277.

doi: 10.5617/michael.12625



«Det er viktigere å vite hvilken pasient som har sykdommen, enn hvilken sykdom pasienten har.» Dette utsagnet er tilskrevet William Osler (1849–1919), men er sannsynligvis langt eldre (1). I mellomtiden har vi utarbeidet veiledere og retningslinjer for standardisert sykdomsbehandling, basert på gjennomsnittspasienter. Med pasienttilpasset behandling, også kalt presisjonsmedisin (2), er situasjonen snudd rundt. Nå har egenskaper hos enkeltpasienter igjen blitt en hovedsak. I dag handler det om «å identifisere biologiske særtrekk hos individer som grunnlag for forebyggende eller behandlingsrettede tiltak» (3).

Erik Dietrichs, som er klinisk farmakolog, har påtatt seg å forklare folk flest hva dette innebærer og hva konsekvensene er. Oppgaven er krevende. Det er vanskelig å kombinere enkle nøkkelhullanalogier for genetiske tester for legemiddelreseptorer og heismetaforer for transportmekanismer på cellenivå med utsagn som at «mutasjoner i genet PCSK9, som koder for et enzym som også heter PCSK9, var knyttet til utvikling av familiær hyperkolesterolemi» (s. 142).

I tillegg til utfordringene med å forklare komplisert genetikk på en enkel måte, kommer avgrensningen mellom presisjonsmedisin og tradisjonell

diagnostikk og behandling. Å beskrive valget mellom diabetesbehandling, antihypertensiva, kolesterolsenkende legemidler og røykeslutt som «person-tilpasset hjertemedisin» (s. 143), utvider begrepet til det meningsløse. På den annen side må det handle om mer enn genetiske variasjoners betydning for legemiddelbehandling. Selv med dagens standardisering, er nesten all medisinsk behandling allerede persontilpasset.

Det er flott at enklere behandling og færre bivirkninger presenteres som like viktig som bedre effekt i individualiseringen. Eksempelet med klopazins mulige hematologiske bivirkninger er godt (s. 63 ff).

For å følge utviklingen har forfatteren gjort «historiske dypdykk» i hvert kapittel. Medisinsk historie er både spennende og viktig, men trepanasjoner i urtiden, oppfinnelsen av EKG i 1903 og oppdagelsen av penicillin i 1928 ligger for langt unna presisjonsmedisin til at det oppfattes som relevant for bokens hovedtema.

Min viktigste innvending er likevel mangelen på forankring i dagens norske helsetjeneste. Undertittelen på boken er riktignok *Veien til persontilpasset medisin*, men fremtiden dominerer for mye over nåtiden. «Finner vi bedre behandling, vil det gi bedre livskvalitet for svært mange» (s. 78). «I fremtiden kan det bli vanlig [...]» (s. 106). «Finner vi presisjonsdiagnostiske verktøy [...] vil det gjøre tidlig persontilpasset behandling mulig» (s. 144). «Genetiske forskjeller kan [...] ha mye å si for effekten av legemiddelbehandling, og er grunnen til at den bør tilpasses til akkurat deg» (s. 52). Leseren lurer nok på om denne tilpasningen virkelig skjer – eventuelt hvorfor ikke.

Litteratur

1. Quote Origin: It Is Quite As Important To Know What Kind of a Patient the Disease Has Got As To Know What Kind of a Disease the Patient Has Got. *Quote Investigator* 20.7.2019. <https://quoteinvestigator.com/2019/07/20/patient/#e1dc822d-a522-4ebb-87fa-349900b13fd6> (13.5.2025).
2. Faiz KW. Persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0645>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c0ab0380265445e58508c36e51e5561b/nolpdfs/strategi-for-persontilpasset-medisin.pdf> (15.5.2025).

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

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

Besnærende om aldring

Venki Ramakrishnan

Why we die: the new science of ageing and longevity

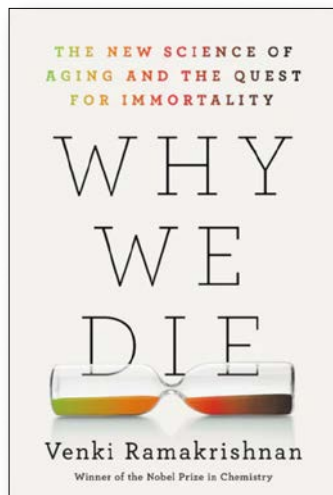
London: Hodder Press, 2024

310 s.

ISBN 978-1-529-36928-1

Michael 2025; 22: 278–279.

doi: 10.56175/michael.12626



Gradvis tap av ungdommelig kraft og skjønnhet, svekking av sansene og kognitive evner, er stadige påminnelser om at vi alle er gitt en begrenset tid på jorda, *memento mori*. Ingen mennesker har blitt eldre enn 122 år. Men kan vi endre det forutbestemte og ubønnhørlige? Ja, den biologiske klokka *kan* reverseres, en mektig anti-aldningsindustri vil at aldring skal defineres som sykdom, og aldersforskningen har tatt helt av, skriver Venki Ramakrishnan, som er nobelprisvinner i kjemi fra 2009.

De delikate cellulære mekanismene som opprettholder ungdommelig vitalitet, blir en trussel når en blir eldre. Kreft og aldring er intimt beslektet: De oppstår som følge av biologisk tap av kontroll, og kilden er ofte mutasjoner i gener. Ikke overraskende er det en sterk korrelasjon mellom et sterkt system av DNA-reparasjons-

gener og lang levetid.

Livslengden er trolig forutbestemt. Cellene er nemlig gitt et visst antall delinger før det ikke lenger er mulig, og det antallet en spesiell celletype kan dele seg, betegnes Hayflick-grensen. Det skyldes at enden av kromosomene, *telomerene*, ikke kan kopieres fullstendig ved delingen, og derfor blir arvestoffet kortere og kortere for hver gang det skjer. Før proteinkodende

deler rammes, stopper cellen å dele seg, og den forblir en *aldringscelle* (på engelsk *senescent cell*). Med økende alder vil vevet akkumulere slike aldringsceller. Disse skiller ut inflammatoriske cytokiner, som trolig er drivere for akselerert aldring. En egen gruppe medikamenter som målrettet kan drepe aldringsceller, senolytika, er under utprøving.

De fleste aldersforskere tror at *kalorirestriksjon*, det vil si et minimum inntak av mat – men tilstrekkelig for å unngå underernæring – kan føre til mindre kreft og mindre aldersrelaterte sykdommer. Det å ikke la celler kjøre på høygir, gir alt fra mindre frie radikaler og utslitte mitokondrier til færre skader i DNA-transkripsjonene og mindre opphopning av defekte og misfoldede proteiner. Avleiring av slike proteiner kjennetegner flere nevrodegenerative sykdommer som Alzheimers og Parkinsons sykdom.

Å benytte stamceller er sannsynligvis den mest lovende tilnærmingen til foryngelse. En av århundrets store oppdagelser ligger til grunn for det. Japaneren Shinya Yamanaka klarte å reprogrammere allerede differensierte celler til å bli stamceller ved å tilføre dem fire ulike proteiner (Yamanaka-faktorer). Potensiell kreftutvikling har imidlertid vært en hemsko ved bruk av slike *induserte pluripotente stamceller* (iPS).

Det er velkjent at sosioøkonomiske forhold, livsstil og atferd betyr mye for hvor lenge vi lever, men en stor dansk tvillingstudie estimerte at genene kun sto for en fjerdedel av variasjonen i dødsalder. Hvordan miljøfaktorer, som stress, påvirker genenes aktivitet er mindre kjent.

Ramakrishnan syr det hele sammen til en fascinerende fortelling om livet på cellenivå. Han tar leseren med på en vitenskapelig reise der mulighetene synes enorme, men så drar han det til slutt ned på et nøkternt nivå. Han kritiserer kolleger som har solgt seg til industrien, og som skryter av sine funn og av selskapenes forførende og urealistiske prospekter. Boka er en relativt lettlest innføring i kompleks cellebiologi som kan gi et utvidet perspektiv på aldring og død. Som det meste i livet dreier det seg om balanse. Verken for mye eller for lite er bra – heller ikke for livslengden.

Karl B. Alstadhaug
karl.bjornar.alstadhaug@nordlandssykehuset.no

Karl B. Alstadhaug er spesialist i nevrologi, overlege ved Nordlandssykehuset og professor ved UiT Norges arktiske universitet.

Diagnosenes tidsalder

Suzanne O'Sullivan

The age of diagnosis: How our obsession with medical labels is making us sicker

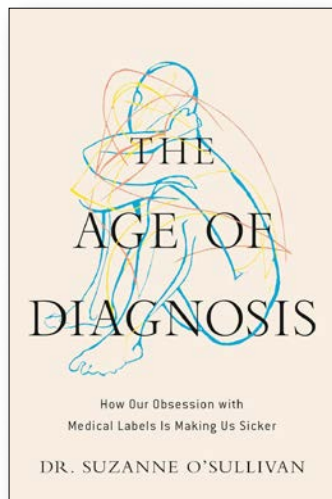
New York: Thesis, 2025

298 s.

ISBN 978-0-593-85291-0

Michael 2025; 22: 280–281.

doi: 10.56175/michael.12627



«Fra 2010 til 2022 var det en femdobling av autisme-diagnoser blant små jenter i førskolealder, en tredobling for jenter i barneskolealder, en firedobling for jenter i ungdomsalder, og en femdobling for unge kvinner», ifølge en fersk rapport fra Folkehelseinstituttet (1). En tilsvarende økning finnes i mange land, og autisme er ett av flere eksempler som nevrologen Suzanne O'Sullivan bruker for å vise hvor problematisk diagnoseveksten er. Også for ADHD, som kan overlappe med autisme, skjer samme utvikling. Mens forekomsten av alvorlige tilfeller er ganske stabil, øker de mildere formene. De diagnostiske kriteriene gir godt rom for ulike fortolkninger. Det gjør en sykdomsgruppe heterogen, men når en diagnose inkluderes med eget nummer i et klassifiseringssystem, blir den straks oppfattet som en veldefinert enhet.

Diagnoseøkningen er ikke avgrenset til mentale lidelser. Tvert imot mener O'Sullivan at det mest kontroversielle skjer i «the high-tech world of cancer and genetic diagnosis» (s. 129). Hun er skeptisk til veksten av screeningprogrammer og særlig til prediktiv genetisk diagnostikk. Det spesielle med tester for arvelig sykdom er at resultatet ikke bare har konsekvenser for den som tester seg, men også for etterkommere. Kommersiell aktø-

rer tilbyr nå omfattende, generelle gentester. Hva er konsekvensene av å få vite at man har en økt risiko for demens, Parkinsons sykdom eller ulike kreftformer en gang i framtiden? Blir man friskere? Blir man lykkeligere?

Flere diagnostiserte tilfeller av en sykdom har minst tre mulige årsaker: Den mest åpenbare er at tilstanden er blitt hyppigere. Den neste muligheten er at diagnostikken er blitt bedre, og at vi finner flere tilfeller, og den tredje at de diagnostiske kriteriene er utvidet. Det siste innebærer medikalisering og mulig overbehandling. Effekten av behandling, for eksempel av depresjon eller høyt blodtrykk, er bedre jo større avvikene er fra det normale. Men behandlingsbivirkninger og komplikasjonsrisiko er mer eller mindre uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad.

Denne boken inneholder ikke så mye nytt, men er først og fremst en oppdatering av velkjente problemstillinger. Jeg plasserer den i bokhyllen sammen med klassikere i samme sjanger fra ulike tiår (2–4), vel vitende om at slik litteratur sjelden fører til endringer. Alliansen mellom pasienter som ønsker seg (mange) diagnoser, og leger som gjerne vil gi dem det, er for sterk. Dessuten er en diagnose blitt en nødvendig «billett» til altfor mange goder i det moderne velferdssamfunnet; fra parkeringsplasser og spesialundervisning til rene økonomiske ytelser. Diagnosenes tidsalder må, som diagnoser i seg selv, sannsynligvis mestres, ikke motarbeides.

Litteratur

1. Folkehelseinstituttet. *Temautgave av Folkehelse rapporten 2025. Barn og unges psykiske helse*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2025.
2. Illich I. *Limits to medicine: medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Random house, 1976.
3. LeFanu J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Little, Brown & Co, 1999.
4. Frances A. *Saving normal*. New York: William Morrow, 2013.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

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

Hva er kjærlighet verdt?

Emma Holten

Underskudd: verdien av omsorg

Oslo: Res publica, 2025

291 s.

ISBN 9788282263160

Michael 2025; 22: 282–283.

doi: 10.5617/michael.12628



Denne boken har tre store feil. For det første mangler forfatteren tilstrekkelig innsikt i økonomisk teori. Hun gjengir grunnbegreper feilaktig og misforstått. Dessuten henter hun sitater og utdrag fra vitenskapshistorien, men uten å plassere dem i den historiske konteksten eller i sammenhengen de inngår i. For det tredje er hun preget av hybris. Hun mener for eksempel at økonomene ikke har skjønt noen ting, mens hun selv, og de fleste feminister, overskuer det hele. Disse tre trekkene gjør at teksten virker både unyansert og påståelig.

Hvorfor blir ikke mange av de mest verdifulle aktivitetene i vårt samfunn verdsatt tilstrekkelig? Mange har forklart dette med økonomers tenkemåte og de økonomiske modellenes store innflytelse. Et nærliggende eksempel er kritikken mot New Public Management i helse-tjenesten. De nye styringsmodellene flytter oppmerksomheten bort fra behandlingskvalitet og omsorg og over mot budsjettinnsparing, kvantitet og effektivitet.

Holten argumenterer for at økonomenes inntogsmarsj førte til at hele samfunnet, ikke bare helsetjenesten, ble preget av feilaktige perspektiv med sørgelige konsekvenser. Hun hevder at forutsetningen om det perfekt rasjo-

nelle, individualistiske og nyttemaksimerende mennesket er en av årsakene – og det er enkelt for henne å vise at dette ikke stemmer med virkeligheten. Det mener også de fleste økonomer i dag, uten at hun nevner det.

En stor feil i økonomiske modeller er en snever forståelse av *verdi*, mener Holten. Men her har hun igjen konstruert en stråmann. Hvilke økonomer mener at omsorg for andre mennesker ikke er verdifullt? *Verdi* i et marked er ikke det samme som generelt verdifullt. Et eksempel er verdien av kunst. I kunstmarkedet tilsvarer verdien av et maleri det noen er villige til å betale. Det er ikke det samme som en objektiv verdi, eller verdien av maleriets kvaliteter i bredere forstand.

Det er mye av stor verdi som det er vanskelig å sette en kvantitativ verdi på – som er nødvendig for å inkluderes i en økonomisk modell. Jeg er enig med Holten i at helsetjenesten kunne ha godt av å vektlegge kvalitet og omsorg mer, men jeg er ikke enig i at samfunnsøkonomisk teori er årsaken til denne mangelen. Det er politiske og administrative valg, og dermed er det andre enn samfunnsøkonomene som fortjener kritikken.

Holten *har* et poeng når hun skriver at økonomiske modeller ikke inkluderer mange viktige aktiviteter i samfunnet, eller at man ofte bare tar hensyn til det som kan telles. Det er for eksempel ikke enkelt å forstå hvilke mekanismer som har ført til at det ikke er en åpenbar sammenheng mellom lønninger og et arbeids betydning i samfunnet. Men at det skulle skyldes de samfunnsøkonomiske modellene, har ikke Holten overbevist meg om.

Boken er blitt en bestselger i Danmark, den publiseres nå i en rekke land og har fått mange strålende kritikker. En årsak er nok at Holten argumenterer for at verdier som omsorg og nestekjærighet ikke får den plassen de fortjener. Det får hun godt frem, men årsakene forblir uklare.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

*Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker
i Legeforskningsinstituttet.*

Advarsel mot et upersonlig helsevesen

Per Vaglum

Maks to minutter per pasient! Fortelling om et opprør mot en helsetjeneste på ville veier

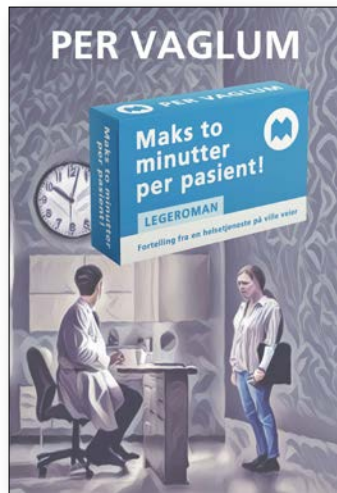
Oslo: Kolofon, 2024

217 s.

ISBN 978-82-300-2770-7

Michael 2025; 22: 284–285.

doi: 10.5617/michael.12629



Med en dystopisk og orwelliansk fortellerstil er denne romanen en advarsel mot en helsetjeneste på ville veier. Men forfatteren øyner et håp mot slutten.

Bokens korte og letteste kapitler gjør leseropplevelsen behagelig. Noen av kapitlene behøver maks to minutters lesetid, så det er lett å snike inn noen kapitler her og der i en travelt hverdag.

Hovedpersonen heter Hans, og vi kan tidvis følge hans indre tankerekke. Han er infeksjonsmedisiner, og virker allerede fra starten av å sitte med en slags underbevisst følelse av at noe i helsevesenet skurrer. Sykehuse, eller sunnhetshusene ifølge bokens nytale, har allerede vært utsatt for et betydelig effektiviseringspress.

Boken starter med at statsråden lanserer et omskoleringskurs for leger. Topplegesenteret skal forme leger til å bli såkalte toppleger. Topplegen er den «sterke, allvitende, følelsesfrie og effektive legen» (s. 39). Pasientens mening er uten interesse, og for å øke produksjonen skal man ikke bygge noen relasjon mellom pasient og lege. Forfatterens kreative beskrivelser av denne paradoksale legerollen fortjener skryt.

Hans er en av de utvalgte deltakerne til et av de første kursene. Sammen med to andre forsøker han å gjøre motstand mot topplegerollen. Underveis får vi ta del i hans tanker rundt egne karakterbyggende opplevelser, i tillegg til en gjenopppdagelse av gammel kjærlighet og et mystisk dødsfall. Gitt bokens orwellianske preg ble jeg overrasket over avslutningen – som jeg velger å ikke avsløre for potensielle lesere.

Jeg leser Vaglums roman som en advarsel mot å akseptere en utvikling hvor en overdreven vektlegging av økonomi overstyrer det faglige og relasjonelle i helsetjenesten. Boken er en kritikk av helseforetaksmodellen. Jeg berømmer forfatterens skjønnlitterære forsøk på å sette ord på opplevelsen av at vi har en uhensiktsmessig organiseringsmodell. Slike bøker har vært en mangelvare gjennom mer enn 20 år med foretaksstyring. Jeg anbefaler romanen varmt til både yngre og eldre kolleger.

Iver Koppen
ikoppen99@gmail.com

Iver Koppen er LIS1-lege i Harstad kommune.

Det umålbare

Ingrid Storholmen

Bloddråpetall

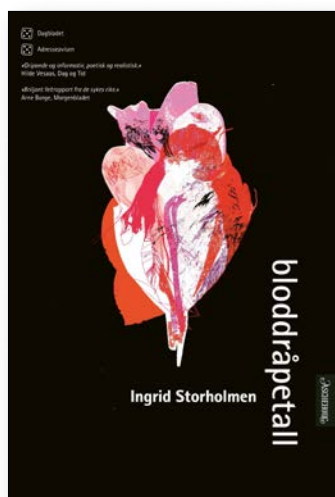
Oslo: Aschehoug, 2024

126 s.

ISBN 978-82-03-45122-5

Michael 2025; 22: 286–287.

doi: 10.56175/michael.12630



En av de viktigste forutsetningene for en effektiv helsepolitikk og et effektivt helsevesen er at man kjenner årsakene til sykdommene, og at man kan måle effekten av tiltakene. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) er et eksempel på systematiske undersøkelser av en definert befolkning gjennom en årrekke, nettopp med sikte på å avdekke sykdomsårsaker, beskrive befolkningens helsetilstand, og studere sykdommers (mer eller mindre) naturlige forløp.

Men helse har også en dimensjon bortenfor det målbare og det som kan registreres. Helse er for enkeltindividet kanskje det mest private vi har. Og for å parafrasere Stein Mehrens ord om frihet: «Helse, vet vi først hva er, når vi ikke har den.» Epidemiologiske studier forteller om grupper av mennesker, gir gjennomsnittsverdier og variasjonsbredde, men sier ikke meget om hva den enkelte opplever når helsen svikter, eller trues.

Her kommer Ingrid Storholmens skjønnlitterære tekst, *Bloddråpetall*, og setter stemmer inn i den fortellingen HUNT har risset opp for oss. Stemmene tilhører helt friske folk, andre som har fått beskjed om økt risiko

for en eller annen kronisk sykdom, og pasienter som deler sin angst med oss andre. Storholmen har skapt et fiktivt persongalleri, men personene er høyst reelle, med sine tanker, plager og, ikke minst, sine synspunkter på at man blir invitert til en undersøkelse for å bli kartlagt på helsevesenets alter. Brevene som siteres, er skrevet til HUNT, men tillagt avsendere i det fiktive Huntal.

Tekstene er formet som korte samtaler, notater og nedskrevne tanker. De gir et genuint inntrykk – vi tror på menneskene hun lar oss møte. Og de fleste med en viss klinisk erfaring, vil kjenne igjen både kommentarer og kritikk. Mellom de personlige innleggene kommer korte glimt fra HUNTs datamateriale, for eksempel litt om kolesterol og det «gode kolesterolet» HDL, og aktivitetsregistrering. Enkelte tekster er hentet fra frie kommentarer i spørreskjemaene, enten beklagende korreksjoner av egne utsagn eller utdypende svar. Dette kjennes igjen fra andre undersøkelser der spørreskjema er et vesentlig verktøy.

Boken er en god leseopplevelse, og den leses ikke ut med en gang. Glimtene fra Huntal kan man gjerne ta for seg flere ganger. Særlig for forskere er den en oppfordring til ydmykhet overfor hva helse og sykdom egentlig er for enkeltmennesket, men dette gjelder selvsagt for oss alle.

På tittelsiden står det *HUNT bok 1*. Det kan virke dristig. Man blir spent på hvilket grep forfatteren vil ta neste gang.

Dag S. Thelle
epidag@gmail.com

Dag S. Thelle er spesialist i indremedisin og professor emeritus ved Avdeling for biostatistikk, Universitetet i Oslo.

En god bok om blod som vil litt for mye

Katrine Lekang

Tykkere enn vann: en historie om blodet i kroppen din

Oslo: Humanist forlag, 2025

214 s.

ISBN 9788282822909

Michael 2025; 22: 288–289.

doi: 10.5617/michael.12631



Boken er en bred beretning om blodets kulturhistorie – fra pyramidene til vår tid. Denne sammenstillingen av kunnskap er verdifull og ellers ikke lett å komme til. Lekang har saumfart universitetsbiblioteket etter litteratur om blod i folketro tilbake til 1700-tallet. Hun skriver lett og instruktivt.

Boken starter med en velskrevet og opplysende beskrivelse av hjertet og kretsløpet, etterfulgt av hva blod består av og blodtypene. Forskjeller mellom vekselvarme og varmblodige dyr drøftes samt fargevariasjoner på blod. Så dukker hun inn i hjerteanatomi og rytmeforskjeller i dyreriket, før blodigler og andre blodsugere blir beskrevet. Dette stoffet utgjør halvparten av kapitlene i boken. Forfatteren mener åpenbart at leseren trenger så mye ballast for å forstå historien,

og jeg gir henne rett i det.

Først herfra presenteres blodets kulturhistorie. Årelating, transfusjon og bloddoping får et eget kapittel. Deretter får kapiteltitlene sensasjonelt preg: *Fordervet blod og knust hjerte: trøblete blod*, *Blod fra geiteører, jomfruer og henrettede: tradisjoner og folketro* og *Makt, lidenskap og brutalitet: blod i kunst og underholdning*.

Teksten er spennende og stedvis grotesk. Jeg trodde jeg hadde god kjennskap til årelating, men her var det mye nytt om hvilke bestialske påkjenninger folk kunne utsettes for. Den amerikanske legen Benjamin Rush (1745–1813) praktiserte ekstrem renselse gjennom massiv årelating. Han kunne gå inn i en transelignende tilstand hvor han årelot nesten 100 pasienter om dagen – hver av dem for opptil to liter blod!

Forfatteren gjenforteller våre forfedres misgjerninger med atskillig tørrvittighet. President George Washington (1732–1799) våknet en desembermorgen i 1799 med sår hals, og ba om årelating. Han ble tappet for mer enn to liter, og forfatteren mener dødsfallet sannsynligvis skyldtes noe overdreven behandling av halsbetennelse. Troen på blodets kurerende egenskaper blir bredt omtalt. Særlig nyttig skulle det være å drikke blod fra henrettede og martyrer.

Lekang er sterkt influert av Norges nestor i medisinsk historie i mellomkrigstiden, Ingjald Reichborn-Kjennerud (1865–1949), som i perioden 1928–1944 skrev en serie bøker med tittelen *Vår gamle trolldomsmedisin*. 36 av 361 henvisninger er tillagt han.

En innvending er at forfatterens stedvis sauser folkemedisin og skolemedisin sammen, dels at hun føyer inn en del stoff som har lite med blod å gjøre. Midt inne i en interessant utlegning av fortidens tiltak for å rense fordervet blod, kommer det side på side om hjertesvikt, hjerteinfarkt, hjertestans og EKG. Snart omtales hjertetransplantasjon og kardiomyopati, og herfra er veien kort til genspleising. Hvorfor hun presser inn så mye tekst som opplagt ligger utenfor målsettingen, er gåtefullt. Jeg finner få feil. På side 123 opplyser hun at langt over halvparten av pasienter med alvorlig blødersykdom ble smittet av hiv. I Norge var tallet 21 prosent.

I et historisk perspektiv er all ugagn med blod det som springer i øynene. Blod er lett å komme til. Det forklarer mye. Leger, bartskjærer og andre har mye å skjemmes over. Forfatteren fortjener stor ros for det massive litteratursøket, hun skriver godt og er flink til å trekke essensen ut av kompliserte problemstillinger.

Stein A. Evensen
sa.evensen@outlook.com

Stein A. Evensen er professor emeritus og tidligere overlege i indremedisin ved Rikshospitalet.

Roten til alt ondt

Øyvind Torp, Geir Stian Ulstein

Selvforsvar mot sykdom: reseptfrie råd fra legen

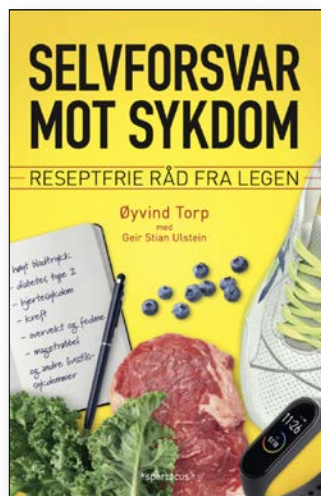
Oslo: Spartacus, 2025

275 s.

ISBN 9788243016316

Michael 2025; 22: 290–291.

doi: 10.5617/michael.12632



Dette er forfatterens tredje selvforsvarsbok. Og la meg være ærlig: Jeg ville aldri ha lest den hvis det ikke var for anmeldelsen. Det finnes for mange bøker med bladsalat og joggesko på omslaget.

Øyvind Torps to første bøker hadde titlene *Selvforsvar mot kreft* (2019) og *Selvforsvar mot overvekt* (2020). Alle dreier seg om det samme: vår evne til å forebygge og behandle egen sykdom. I den nye boka angriper den ambisiøse allmennlegekollegaen de fleste store problemstillingene på legekontoret: høyt blodtrykk, diabetes type 2, overvekt og fedme, hjerte- og karsykdommer, magetrøbbel, muskelsmerter, revmatisme, autoimmune sykdommer, hjernetåke, Alzheimers sykdom, kreft, hudsykdommer, psykiske lidelser, graviditet, ufrivillig barnløshet, epilepsi og alderdom. Menn får også sin egen side (s. 194)

med råd om å slanke seg og å trene mer for å øke testosteronnivået.

Torps utgangspunkt er at vår sivilisasjon har utviklet et levesett som gjør oss syke. Tilfeldigheter og arv tillegges liten vekt. Nøkkelen til et langt og sykdomsfritt liv handler ifølge forfatteren om å angripe rotårsakene til sykdom: insulinresistens, inflammasjon og oksidativt stress. Med noen variasjoner er tilnærmingen å unngå sukker og andre karbohydrater, få i seg

antioksidantrike matvarer og sunt fett, kjøtt, fisk, ost (med noen unntak) og egg, unngå ultraprosessert mat, redusere stress, prøve periodisk faste, sove godt, trene mer, slutte med røyk og snus og begrense eller avstå fra alkohol, være mer ute i lyset, drikke nok vann og øke inntaket av D-vitamin. Forbløffende enkelt – men også høyst komplisert.

Rundt disse ganske allment kjente og langt på vei aksepterte livsstilsrådene, blir Torp til tider meget detaljert. Eksempelvis er det viktig for personer med høyt blodtrykk å spise mer kalium- og magnesiumsalt og mer nitratholdige grønnsaker som selleri, beter og hodesalat. Av de mer spissfindige spesialrådene er høyt inntak av grønnsaker til kreftpasienter fordi man da får i seg mer plantevernmidler som har verdifulle krefthemmende egenskaper (s. 165).

Boka har en rik litteraturliste, og en del påstander og råd er begrunnet i kildehenvisninger. Et hovedpoeng for forfatteren er at noen enkle, grunnleggende sykdomsmekanismer ligger bak mer enn det vi tidligere har trodd, og at vi kan gjøre mye selv for å bidra til sykdomsbekjempelsen. Tanken er forfriskende.

En rekke pasienthistorier illustrerer poengene, og bygger opp om bokas hovedprinsipper. Torp er tydelig inspirert av ekteparet Hexeberg, og henviser til dem flere ganger.

Hvordan hovedmålgruppen – folk flest, og gjerne lenge før de er syke – skal forholde seg til alt dette, er jeg usikker på. Ambisjonen om å løse alle store sivilisasjonssykdommer på 275 sider blir trolig for mye for de fleste.

Ingen betviler at forebygging og til dels behandling av sykdom med en sunn livsstil, er viktig. Samtidig blir jeg litt bekymret for livsgleden i et vanlig, litt slurvete liv, hvis alle råd skal følges resten av livet. Og selv om forfatteren prøver å friske opp med noen brød- og kakeoppskrifter på slutten, blir det hele dessverre ganske kjedelig.

På tross av bokas svakheter, belyser Øyvind Torp noe helt sentralt. Jeg ble inspirert til å jobbe mer med forebygging av insulinresistens, betennelse og oksidativt stress både hos meg selv og mine pasienter.

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

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

Faktatett om svangerskapet

Ellen Ø. Carlsen

Svangerskapet: den fantastiske reisen fra to celler til en baby

Oslo: Cappelen Damm, 2025

295 s.

ISBN 9788202865955

Michael 2025; 22: 292–293.

doi: 10.56175/michael.12633



Boka har tittelen *Svangerskapet: den fantastiske reisen fra to celler til en baby*. Her kunne ein også leggja til *mystiske*, for det er jo unekteleg sjølv livets mystikk og under som skjer i kvinnekroppen i løpet av eit svangerskap. Det formar ikkje berre eit nytt liv, men og livet til foreldra og dei rundt når eit menneske kjem til verda.

Ellen Øen Carlsen er lege og forskar på svangerskapshelse ved senter for fruktbarheit og helse ved Folkehelseinstituttet. Ho har også gått gravid og født, utan at det treng å vera eit poeng for å skrive ei bok om svangerskapet.

Boka er logisk og lettfatteleg bygd opp: før svangerskapet og jakta på ein partnar, via første, andre og tredje trimester til fødselen og tida med baby i hus. Dei bolkaner er igjen delt opp i korte underkapittel, tettpakka med fakta om utviklinga av fosteret, morkaka og alt som kan skje i løpet av svangerskapet og fødselen. I det heile er det ganske mykje om alt som kan gå galt, dersom du ikkje lever «riktig». Sjølv høyrer eg til dei som ser det som mi oppgåve som lege å ta ned angsten for sjukdom og farar i staden for å peike på alt som ein burde sjekke eller gjere. Folkehelse handlar ikkje berre om faktisk sjukdom, men også om opplevd helse. Vi har aldri vore friskare, og samtidig knapt kjend oss sjukare.

Eg stegla difor litt då eg kom til ei historie om ei som endeleg vart gravid ved assistert befruktning, og så spontanaborterte av di det var listeria i sylta dei åt då dei feira svangerskapet. Litt overvettas dramatisk trist historie for å illustrere noko som skjer 0–2 gongar i året i Noreg. Samtidig er forfatta- ren litt meir tilbakehalden med åtvaringar når det gjeld å ri på hest under svangerskapet, sidan ho sjølv gjerne gjer det. Det har eg sansen for. Etter Dobbs-dommen i Høgsterett i USA i 2022, aukar det på med kriminelle skuldingar mot kvinner for mord og liknande etter spontanabortar, eller der det har skjedd noko under svangerskap og fødsel. Ein skal difor vera varsam med å leggja for mange band og restriksjonar på livet til gravide. Det kan vera ein hårfin balanse mellom å løfte fosteret og å gjera kvinna til ei rugekasse.

Boka er både kunnskaps- og innhaldsrik. Carlsen har gjort eit grundig og etterretteleg arbeid. Ikkje overraskande, heldigvis, er det ikkje så mykje nytt å lære for ein gynekolog. Men av og til går den velkjende lypæra opp over noko ein eigentleg veit, men ikkje hadde tenkt på. For meg var det infoen om at embryoet går over til foster i veke 10. Det vil seie at 90 prosent av alle provoserte abortar skjer på embryo og ikkje foster.

Dette er ikkje ei bok for dei som ønskjer bilete og illustrasjonar. For dei som planlegg ein graviditet eller er gravide og elskar fakta, er det mykje å hente her.

Mette Løkeland
lokeland@gmail.com

Mette Løkeland er ph.d. og overlege ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssjukehus.

Forholdsmessighet fra mange synsvinkler

Mette Kalager, red.

Forholdsmessighet: medisin, juss, filosofi og pandemi

Oslo: Fagbokforlaget, 2024

348 s.

ISBN 9788245053555

Michael 2025; 22: 294–295.

doi: 10.5617/michael.12634



De sju forfatterne har en flerfaglig tilnærming til forholdsmessighet med vekt på myndighetenes krisehåndtering i covid-19-pandemien. Allerede introduksjonskapittelet, som vel er et fellesprodukt, tydeliggjør et kritisk utgangspunkt idet det fastslås før innholdet i kravet om forholdsmessighet er presentert: «Det ble raskt klart under covid-19-pandemien at myndighetene ikke gjorde gode forholdsmessighetsvurderinger og at kunnskapsbasert praksis, som er et fundament for det norske helsevesenet, i det store ble glemt.» (s. 19).

I Del I behandles etiske utgangspunkter, psykologiske faktorer som kan influere på beslutninger, og kort om forholdsmessighet innen henholdsvis juss og medisin. Del II omhandler kunnskapsbasert medisin og prioriteringsprinsipper og forholdsmessighet i medisinsk praksis, noe som videreføres i Del III. Men først er det innskutt tre kapitler om forholdsmessighet i jussen. Det er for øvrig pussig at mens boktittelen omhandler faget «juss», omtales faget stort sett som «jus» ellers i boka.

De rettslige kapitlene er velskrevne, og klargjør betydningen av forholdsmessighetsvurderinger når inngripende avgjørelser fattes. Forholdsmessighet

omtales ofte i jussfaglig sammenheng som et krav om proporsjonalitet. Både EØS-retten og menneskerettighetene vektlegger dette, i tråd med ordtaket om ikke å «skyte spurv med kanoner». Prinsippet gjelder ikke minst ved inngrep i rettigheter beskyttet av Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) ved kravet om «necessary in a democratic society», se for eksempel EMK artikkel 8 nr. 2. Norge ble dømt i en rekke barnevernssaker i Strasbourg-domstolen for å bryte EMK artikkel 8 nr. 1 om respekten for «privatliv og familieliv», ikke minst grunnet manglende interesseavveininger slik nr. 2 krever før det fattes inngripende avgjørelser, for eksempel om svært begrenset samvær for biologiske foreldre.

Smittevernloven § 1-5 fra juni 2019 moderniserte 1994-loven som ble forberedt under aids-epidemien. Kravet kan uansett utledes av EMK artikkel 8. Et tiltak etter § 1-5 skal være «medisinskfaglig begrunnet», «nødvendig av hensyn til smittevernet» og «tjenlig etter en helhetsvurdering» og ikke utgjøre «et uforholdsmessig inngrep». Kravene ligner de generelle kravene til inngrep om å være egnet, nødvendig og forholdsmessig og ha hjemmel (Grunnloven § 113). Jo mer inngripende tiltak, jo sterkere krav til begrunnelse. I kapittel 8 diskuteres skolestengning, portforbud, karantenehotell og innreisekarantene opp mot disse kravene. I Del IV behandles smittevern og beredskap i norsk lov, mens Del V går nærmere inn på strategier som ble valgt for å begrense pandemien, og spørsmål om bruk av «anbefalinger» eller «tvang». Forfatterne mener myndighetene baserte seg på et «oppblåst» trusselbilde, som resulterte i uforholdsmessige inngrep. Dette er spørsmål som også er drøftet og besvart i de tre koronarapportene (NOU 2021: 6, NOU 2022: 5 og NOU 2023: 16).

De rent medisinske kapitlene er spesialiserte, slik at de neppe har interesse ut over samfunnsmedisinere og smittevernseksperter. Boka er supplert med en rekke morsomme og tidvis klargjørende tegninger, men tidvis er de også lett uforståelige. Opphavspersonen er ikke kreditert.

En kortfattet avslutning i Del VI oppsummerer forfatternes samlede kritikk av håndteringen av pandemien – knapt og konsist, og ikke overraskende.

Aslak Syse

aslak.syse@jus.uio.no

Aslak Syse er lege, jurist og professor emeritus ved Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo.

Når sykdom blir våpen

Stig S. Frøland

Biovåpen: veien til Armageddon

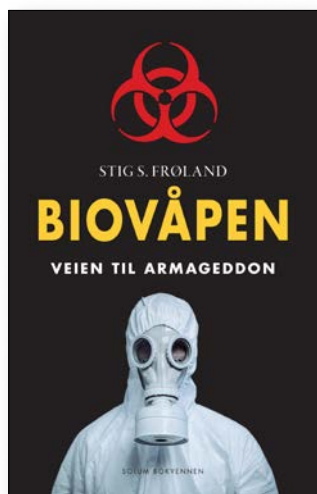
Oslo: Solum Bokvennen, 2024

365 s.

ISBN 9788256029976

Michael 2025; 22: 296–297.

doi: 10.56175/michael.12635



Biovåpen bruker biologiske agens, som bakterier, virus eller andre mikroorganismer, for å forårsake sykdom eller død. Stig S. Frøland gir en sammenhengende framstilling av bruken av slike våpen gjennom historien, fra hettittene 2000 år før vår tidsregning og til dagens debatt om covid-19-virusets opprinnelse. Selv om skadeomfanget kan bli enormt, og utviklingen på feltet rivende, så omtales biovåpen lite i offentligheten, skriver Frøland.

Premisset for boka er å drøfte risikoen for masseødeleggelse. Slik man siden Hiroshima har fryktet kjernevåpen, argumenterer forfatteren for at biovåpen bør vekke tilsvarende uro. Tittelen viser til potensialet for et armageddon. Frøland framhever hvor vanskelig det er å styre biovåpen uten å ramme sine egne, og hvordan de historisk har blitt ansett som etisk forkastelige.

Biovåpen har sjelden vært brukt, og har aldri dominert en krig, selv om både Tyskland under første verdenskrig og Japan under den andre tok dem i bruk. Det er påfallende at slike våpen, på tvers av tid og kultur, er blitt rammet av særlig moralsk fordømmelse – et syn som ikke i samme grad gjelder kjernevåpen. Dette paradokset kunne gjerne kommet enda bedre fram. Armageddon har uteblitt, kanskje nettopp fordi biovåpen vekker så

sterk moralsk avsky – også hos aktører som ellers har få kvaler. Hvorfor er det nettopp denne våpentypen som utløser slik etisk forargelse?

Den helhetlige framstillingen av biovåpenets utvikling er holdt i et enkelt og lettest språk, og treffer leseren hardt. Ikke minst den japanske grusomheten i Mandsjuria gjør inntrykk. Sammenhengen mellom hendelser, med eskalering og de-eskalering, trer fram. Samrøret mellom militære interesser, politiske hensyn og ønsket om vitenskapelig utvikling viser hvor sammensatt feltet er.

Bioterror får også sin plass. I terror ligger ikke bare skaden som oppstår, men også frykten som følger med. Sammenblandingen mellom religiøse sekter og bioterror, slik som hos Rajneeshi-sekten i USA, viser både hvor fascinerende enkelt det kan være å skaffe seg farlige mikrober, og hvor avhengige vi er av den enkeltes samvittighet for at slike hendelser ikke skal skje oftere. Informasjonskrig og bruken av biovåpen er også omtalt i eget kapittel.

Det må ha vært utfordrende å finne kilder til mange av hendelsene som beskrives. Mye er nok hemmeligholdt, både når det gjelder eksperimenter og hendelser hvor biovåpen har vært brukt. Mangelen på kilder preger noen kapitler, som for eksempel drøftingen av hvorvidt Iran har et biovåpenprogram. Men forfatteren fortjener ros for å ta sats og forsøke å sette sammen bruddstykkene som vi tross alt kjenner, til et helhetlig bilde. Så får vi heller leve med at noen «skyggebilder» forblir utydelige.

Flere ganger fikk jeg lyst til å drøfte boka med dem rundt meg. Leger står sentralt i både utvikling, bruk og opprettelsen av biovåpenprogram. Hvordan kan vi ende opp med å bruke vår kunnskap til noe som kan skade så mange? Eller – for å snu på det – hva hindrer de fleste i å gjøre det? Mer kunne vært belyst og flere perspektiver kunne vært trukket inn, men konklusjonen er likevel klar: Boka reiser viktige spørsmål og bidrar til refleksjon om verden rundt oss. Den er verdt å lese.

Mari Asphjell Bjørnaas
mabjornaas@gmail.com

Mari Asphjell Bjørnaas er spesialist i indremedisin, ph.d. og er overlege ved Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin, Oslo universitetssykehus.

Helse og medisin i nordisk middelalder

Else Mundal, Kristin B. Aavitsland, Ole Didrik Lærum, red.

Kampen for livet: helse, sjukdomar og medisinsk behandling i Norden i viking-tid og mellomalder

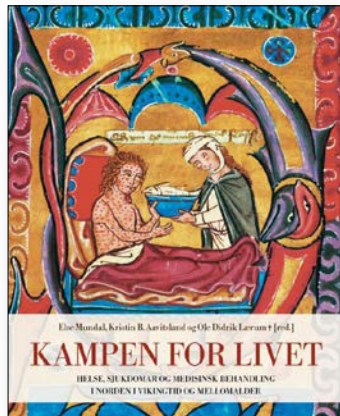
Oslo: Scandinavian Academic Press, 2025

525 s.

ISBN 978-82-304-0327-3

Michael 2025; 22: 298–299.

doi: 10.5617/michael.12637



Patologiprofessor i Bergen Ole Didrik Lærum (1940–2023) var som pensjonist adjungert professor ved Københavns Universitet fram til sin død. Han hadde en betydelig medisinsk forskerkarriere bak seg. Men Lærum hadde et *alter ego* som medisinhistoriker. Mange har besøkt hans museum på Voss og lest hans medisinhistoriske bøker og artikler. Ved sin død var Lærum midt i et større arbeid, nemlig å redigere en bok om helse og medisin i middelalderen. Prosjektet ble fullført av hans samarbeidspartnere. Boken foreligger nå, og er blitt et praktverk med utsøkt bokutstyr.

Hele 24 forfattere, alle med tung kompetanse innen hvert sitt fagfelt, står bak bokens 31 kapitler som er ordnet i seks deler: 1) *Kjelder og nye tilnærmingar*, 2) *Helse*, 3) *Sjukdomar og sjukdomshistorie*, 4) *Sinnslikningar og personlegdomsavvik*, 5) *Lækjarar og behandling av sára og sjuke* og 6) *Påverknad utanfrå og arven frå mellomalderen*. Hvert kapittel har noteapparat og litteraturliste, og står som selvstendige arbeider. Det er stor bredde, og leseren kan oppdatere seg fra et vidt tilfang av kunnskap.

Særlig interessante er metodekapitlene. Middelalderhistorie er vanskelig fordi kildene ofte er knappe. Å fortolke dem krever både betydelig kontekstkunnskap og evne til å kombinere og dedusere. Else Mundal tar for seg de skriftlige kildene og deres særegenheter. Jon Gunnar Jørgensen og Ragnar Stien gir et eksempel på dette i et langt kapittel om tolkningen av en enkelt, kort tekst – strofe 137 i Håvamål (avsnittet om blant annet å drikke øl).

Stian Suppersberger Hamre skriver om skjelettfunn som kilde til sykdommers historie og metodiske utfordringer ved det. Skjelettmaterialer har begrensninger, men avanserte analysemetoder kan gi nye opplysninger. Likevel mener forfatteren at tradisjonell analyse av skjeletter fortsatt vil ha sin plass. Man kunne kanskje ønsket at han hadde referert mer til dansk forskning, der blant andre osteoarkeologen Vilhelm Møller-Christensen (1903–1988) utviklet en utgravingsteknikk som også tillot identifisering av sykdom som ikke rammet skjelettet, eksempelvis nyrestein og tuberkuløse forkalkninger i brysthinnen.

Kristin B. Aavitsland knytter helse og sykdom sammen med middelalderens kultur i sin alminnelighet i kapittelet om helse og frelse i nordisk middelalder. Forventningene til livet i det hinsidige hjalp de syke til å mestre jordiske plager.

Dette er en bok på øverste faglige hylle. Likevel er det noe som skurrer. Det gjelder hvordan boken presenterer seg selv. Omslagsbildet, som viser en nonne som serverer fisk til en spedalsk, er fra et psalterium fra Sveits. Her savnes en forklarende tekst. En annen undring gjelder bokslettelen. Hvorfor har utgiverne latt den populariserende hovedtittelen *Kampen for livet* skjule en fagbok av stort kaliber? *Helse og medisin i nordisk middelalder* burde vært tittelen. Det er det boken handler om.

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Unik bok om ledelse i praksis

Mats Kristensen, Øyvind Lund Martinsen og Anders Dysvik, red.

Lederoppskrifter: ledelse i praksis

Oslo: Gyldendal, 2025

423 s.

ISBN 978-82-05-59540-8

Michael 2025; 22: 300–301.

doi: 10.5617/michael.12638



Lederoppskrifter er redigert av to BI-forskere og daglig leder i konsultenselskapet Front Leadership. Boken er orientert mot praksis, men er samtidig svært godt forankret i faglitteraturen. Den inneholder bidrag fra 39 fagpersoner med tilknytning til BI og andre universiteter og høyskoler. Den inneholder i tillegg korte bidrag med råd fra 14 ledere som utøver ledelse i praksis i næringslivet, organisasjoner og politikken. Peggy Hessen Følsvik i LO og Ole Erik Almlid i NHO har skrevet hvert sitt forord.

Den amerikanske ledelsesforskeren og lærebokforfatteren Gary Yukl deler lederskap inn i endring, oppgaver og relasjoner. Redaktørene har trukket veksler på dette rammeverket som et organiserende prinsipp for de ulike kapitlene. Boken inneholder i tillegg en egen

del med flere kapitler om selvledelse og utvikling i lederrollen. Et første kapittel av professor Øyvind L. Martinsen gir en god innledning og oversikt. Alle kapitlene har en tittel som er formulert som et spørsmål. Dette er et godt pedagogisk grep som nok også har hjulpet forfatterne til å skrive om det mest relevante innen rammen av et kort kapittel.

Jeg var i utgangspunktet litt skeptisk til begrepet «lederoppskrift» fordi jeg tenker at mange ledelsesutfordringer krever at ledere har evne til å ta inn over seg sammenhengene de står i, og tilpasser sin atferd til disse. Boken gir ikke oppskrifter formulert som fasitsvar, men gir en nyansert fremstilling og inneholder begreper, modeller og verktøy som bygger på erfaring innen ledelsesfeltet og forskningsbasert kunnskap. Boken omhandler ikke sektorspesifikke ledelsesutfordringer, men formidler et generisk perspektiv på ledelse. Bidragene går ikke i dybden, men bygger på oppdatert kunnskap, og holder et godt faglig nivå. Formatet innbyr til lesning på bussen, toget, flyet eller i en pause. QR-koder gir lenker til relevante ressurser, inkludert podkasten Lederoppskrifter, som per august 2025 inneholder 11 episoder.

Lederoppskrifter er en unik og mangfoldig bok om ledelse som viser bredden i ledelse som fag, og som vektlegger hvordan faget kan bidra til bedre ledelse i praksis. Boken vil kunne gi viktig inspirasjon, faglig påfyll og vekke nysgjerrighet for alle som har en rolle som leder, eller som er interessert i ledelse.

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich er professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF og redaktør i Michael.

Koreakrigen – glemt krig og glemt norsk innsats

Michael 2025; 22: 302–306.

doi: 10.56175/michael.12640

Koreakrigen 1950–1953 var en blodig konflikt med store tap av menneskeliv, men den er kommet i historiens skygge som et mellomspill mellom den andre verdenskrig (1939–1945) og Vietnamkrigen (1957–1975). Norge bidro med feltsykehuset NORMASH, som i tillegg til å løse sine medisinske oppgaver, bidro til å gi verdifulle erfaringer om sivil, humanitær hjelp.

Det var alarmerende nyheter den juniетtermiddagen i 1950 da NRK meddelte at det var brutt ut krig mellom Nord-Korea og Syd-Korea. Jeg husker min bestefars, den gamle offisers, spontane bekymring for hva han hørte og for hva som nå kunne skje. Han fikk rett. Dette ble alvorlig.

I løpet av de tre årene fram til det ble inngått en våpenhvile i juli 1953, regner man at mellom tre og fire millioner militære og sivile mistet livet, og at et enda større antall ble skadet (1). I det storpolitiske bildet var sørkoreanernes krig egentlig en styrkeprøve mellom stormaktene. På den ene siden stod USA og deres allierte med støtte fra FN. På den andre siden kjempet nordkoreanerne, som fikk støtte fra Sovjetunionen – amerikanernes tidligere samarbeidspartner fra verdenskrigen – og etter hvert også fra Kina.

Krigsødeleggelserne ble enorme, og frykten for atomkrig var høyst reell. Erfaringene fra Koreakrigen var barske. Om lag 40 000 FN-soldater ble drept – et antall som langt oversteg samtlige senere konflikter der FN-styrker var engasjert i internasjonale oppdrag. Selv i 2025 er våpenhvilen fra 1953 fortsatt ikke blitt avløst av en fredsavtale. Til tross for det fryktelige omfanget, er Koreakrigen blitt kalt «den glemte krigen». I det historiske bildet er den blitt overskygget av konfliktene før og etter.

Trygve Lie (1896–1968) var FNs første generalsekretær 1946–1952. Han satt ved roret da FN-medlemmene ble oppfordret til å bidra i Korea.



Figur 1. Seminaret om feltsykehuset i Koreakrigen ble filmet og lagt ut på nett.

Norge følte en spesiell forpliktelse, og valgte å sende et feltsykehus, Norwegian Mobile Army Surgical Hospital (NORMASH) (2). Sykehuset var i funksjon i perioden 1951–1954.

623 nordmenn tjenestegjorde ved NORMASH, og 90 000 pasienter ble behandlet. Det var med andre ord en betydelig innsats, men også denne glir ut av den kollektive hukommelsen etter hvert som de som har hatt personlige minner, faller bort. Mange sentrale personer innen norsk medisin og helsetjeneste deltok i Korea, og mange fikk fremtredende roller senere.

Noen av deltakerne etterlot seg også viktig bildemateriale, som er tilgjengelig på Digitalt museum, blant andre oversykepleier Emma Folven (1913–1987) og kirurgen Inger Schulstad (1920–2010). *Helsehistorisk forum* arrangerte seminar om Koreakrigen 22. mai 2025 (figur 1) for å gjøre noe med glemselen som har senket seg.

Lederen i Norsk-koreansk vennskapsforening, Lucie Paus Falck, holdt første foredrag, basert på sin fars dagbok fra Korea (figur 2). Kirurgen Bernhard Paus (1910–1999) ble senere overlege ved ortopedisk avdeling ved det skandinaviske undervisningssykehuset National Medical Center (NMC) i Seoul 1958–1960. Datteren Lucie fikk anledning til å reise til Korea og utføre kontorarbeid og annet forefallende ved dette sykehuset i et år (1958–1959). Hun hadde således en høyst personlig bakgrunn for sitt innlegg.

Virksomheten i Korea ga mange nyttige militærmedisinske lærdommer. Blant annet var rask transport fra front til feltsykehus en åpenbar fordel. Helikopter var et nytt og nyttig hjelpemiddel (figur 3).



Figur 2. En engasjert Lucie Paus Falck holdt innlegg om sin fars dagbøker fra Koreakrigen. Foto: Øivind Larsen.



Figur 3. Enkel, men effektiv helikoptertransport fra fronten til feltsykehuset. De sårede ble fraktet i bokser montert utenpå helikopteret – i begynnelsen lå de åpent og var festet med stropper. Det er ikke kjent hvem personene på bildet er. Foto fra Bernhard Paus' fotoalbum.

Førsteamanuensis og sykepleier Jan-Thore Lockertsen fra Nord universitet i Bodø (figur 4) har skrevet doktoravhandling om de norske sykepleiernes erfaringer fra Koreakrigen, og fortalte blant annet om hvordan arbeidet var organisert.

Oberstløytnant Harald-David Meum fra Forsvarets veteranjeneste (figur 5) fortalte om hvordan de tjenestegjørende ved NORMASH ble pionerer



Figur 4. Jan-Thore Figenschou Lockertsen har skrevet doktorgrad om Koreakrigen. Foto: Øivind Larsen.



Figur 5. Oberstløytnant Harald-David Meum er leder i Forsvarssjefens dekorasjonsråd. Foto: Øivind Larsen.



Figur 6. Sunniva Engh er professor i historie ved Universitetet i Oslo. Foto: Øivind Larsen.

for Forsvarets sanitet og arbeidet som skulle foregå videre der. Nye former for kompetanse er blitt trukket inn, blant annet katastrofepsykiatri som har vist seg å ha betydelig forebyggende og oppfølgende potensial.

Det var en samlet skandinavisk innsats i Korea. Sverige bidro med et sykehus, og Danmark hadde sendt hospitalskipet *Jutlandia*. Både sivil og militær virksomhet fra de skandinaviske landene hadde humanitær karakter. Den noe ulike involveringen av Røde Kors kan ses på som en måte å løse politiske dilemmaer på. Dette var tema for seminarets siste foredrag, som var ved professor i historie ved Universitetet i Oslo, Sunniva Engh (4).

Et redigert opptak av seminaret er tilgjengelig på nett (5).

Litteratur

1. Helgesen G. Koreakrigen. I: *Store norske leksikon*. <https://snl.no/Koreakrigen> (25.5.2025)
2. Leraand D. NORMASH. I: *Store norske leksikon*. <https://snl.no/NORMASH> (25.5.2025)
3. Lockertsen J-TF. *We ran a hospital: the Norwegian nurses efforts during the Korean war and the impacts of their experiences on Norwegian nursing and theatre nursing*. Doktoravhandling. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2021. <https://hdl.handle.net/10037/20752>
4. Engh S. *From War Effort to Development Aid: The Scandinavian Red Cross Societies and Korea*. I: Engh S, Hemstad R, Mordhorst M, red. *Cooperation and Confrontation in Nordic Civil Societies since 1800*. Imprint: Routledge, 2024: 217–240. <https://doi.org/10.4324/9781003488286-15>
5. *NORMASH – det norske feltsykehuset i Korea-krigen*. Helsehistorisk forum. <https://www.youtube.com/watch?v=hngV1uaIXKs> (29.6.2025)

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

I Munchs medisinske fotspor

Michael 2025; 22: 307–310.
doi: 10.56175/michael.12641

Interessen var stor da Helsehistorisk forum inviterte til studietur i Edvard Munchs medisinske fotspor.

På grunn av stor pågang ble turen arrangert både 10. og 12. juni 2025. Til sammen deltok nærmere hundre personer. Begge dagene var kunsthistoriker Frank Høifødt faglig fører. Han har forsket på Munch i mange år, og skrev den første norske doktoravhandlingen om kunstneren i 1995 (1).

Et liv med sykdom og tap

Edvard Munchs liv og kunst er tett forbundet med sykdom. Han ble født svakelig og hjemmedøpt kort tid etter fødselen. Flere i familien døde unge; moren og søsteren Sophie av tuberkulose, broren Andreas, som var lege, av lungebetennelse. Søsteren Laura utviklet psykisk sykdom og bodde lenge på ulike institusjoner. Munch selv slet med nervøse plager og alkoholmisbruk. Han fikk et sammenbrudd i 1908, som førte til sju måneders opphold på en nerveklinikk i København. Han mente selv at han hadde hatt spanskesyken i 1918–1919, og ble i 1930-årene rammet av corpusblødning. Alt dette satte tydelige spor i kunsten hans.

Åsgårdstrand – kunstnerliv og tilflukt

I Åsgårdstrand ligger Munchs hus, som han eide fra 1898 til sin død i 1944 (figur 1 og 2). Huset var både sommerbolig og arbeidssted, og det omkringliggende landskapet går igjen i flere av hans verk.

Huset ble åpnet som museum allerede i 1947 – og var det første Munch-museet i Norge. Hagen ble utvidet og omgjort til park, men det planlegges nå en tilbakeføring til opprinnelig utforming. Anlegget ble fredet i 2013.



Figur 1. Munchs hus i Åsgårdstrand er det mest intakte hjemmet bevart etter Edvard Munch. Bygningen til venstre er en kopi av Munchs atelier som ble revet etter kunstnerens død. Foto: Frank Høifødt.



Figur 2. Huset i Åsgårdstrand malt av Munch i 1899. Wikimedia Commons

Nedenfor huset, langs stranden, fikk vi en gjennomgang av det ikoniske motivet *Pikene på broen*, som finnes i hele 12 versjoner.

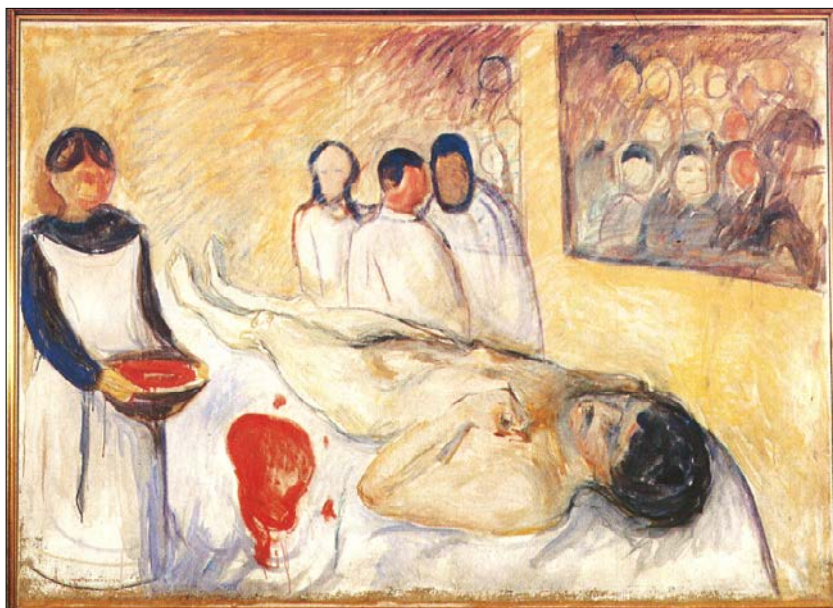
Kunst og kjærlighet – og en revolver

Et dramatisk vendepunkt i Munchs liv var bruddet med Tulla Larsen i 1902. Et skudd gikk av i huset i Åsgårdstrand. Munch ble bandasjert av sin venn og lege Wilhelm Grimsgaard, og sendt til Rikshospitalet (figur 3). Han måtte amputere ytterste ledd på venstre langfinger. Etter alt å dømme var det et vådeskudd (2).

Vi fikk også høre om Milly Ihlen, Munchs første store kjærlighet, og hennes ekteskap med legen Carl Thaulow. Munchs nære forhold til medisinske miljøer – både i eget liv og i kunsten – går som en rød tråd i flere av hans verker.

Hvitsten og Moss – arbeidsro og livsglede

Huset i Åsgårdstrand var Munchs eneste faste eiendom i Norge fram til 1910. Da kjøpte han Ramme gård i Hvitsten. Her fikk vi se villaen og stranden hvor det eneste kjente fotografiet av en smilende Munch er tatt. Høifødt beskriver denne perioden som «en smak av det gode liv».



Figur 3. Munch malte På operasjonsbordet 1902–1903 etter skyteepisoden i september 1902. Bildet er blikkefang i utstillingen Livsblod i Munchmuseet sommeren 2025.

Ikke langt unna ligger Grimsrød gård på Jeløya, der Munch bodde i perioden 1913–1916 (3). Her hadde han gangavstand til jernbanestasjon og posthus – forbindelser til verden utenfor. Gården fungerte både som arbeidssted og sosial møteplass.

«Kan kun være malet af en gal Mand»

På vei tilbake til hovedstaden passerte vi Nordstrand kirkegård, hvor Munchs tante Karen og to søstre er gravlagt. Turens siste stopp var utsiktspunktet i Ekebergåsen, der motivet til *Skrik* har sitt utspring. På én versjon av male-riet – det som henger i Nasjonalmuseet – står det med blyant på den flam-mende himmelen: «Kan kun være malet af en gal Mand.» I lang tid trodde man at det var en vandalisering utført av en tilskuer, men det kan ha vært Munch selv som skrev det. Hans medisinske fotspor lar seg følge i både liv og verk.

Litteratur

1. Høifødt F. *Kvinnen, kunsten, korset: Edvard Munch anno 1900*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.
2. Høifødt F. *Kunsten, kvinnen og en ladd revolver: Edvard Munch anno 1900*. Oslo: Press, 2010: 215–225.
3. Høifødt F. *Fruktbar jord: Munch i Moss, 1913–1916*. Moss: Punkt Ø, 2016.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

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 Pål Gulbrandsen
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

Høyt over Lustrafjorden i indre Sogn ligger Harastølen. Sett fra den andre siden av fjorden, slik som på *Michaels* forside, kneiser den store og flotte bygningen som et slott, hentet fra eventyret. Illusjonen brister hvis man kommer nærmere.

Det var styret for St. Jørgens hospital i Bergen som tok initiativ til å bygge et sykehus for fattige tæringssyke i Bergens stift. I Luster var tidens krav til tuberkulose-sanatorier oppfylt. Der var frisk luft, vakre omgivelser – og de smitteførende syke var isolert fra samfunnet ellers.

Den store bygningen åpnet i 1902 med 96 senger, stigende til 150 i 1950. Her levde pasienter og personale sammen i et tett samfunn. I 1958 var Harastølen og mange andre sanatorier blitt overflødige. I løpet av 56 års drift hadde ca. 15 000 tuberkuløse nytt godt av behandling der oppe. En epoke var over.

Harastølen ble psykiatrisk sykehus og deretter asylmottak en periode. Siden 1994 har anlegget stort sett vært ubrukt og har forfalt.

Hvorfor var egentlig frisk luft fra skog og fjell ansett som så gunstig ved tuberkulose? Dette er det vanskelig å finne samtidig medisinsk dokumentasjon for. *Lys* kunne riktignok være bra, men *skogsluft*? Forklaringen er kanskje mer historisk enn medisinsk. Samtidig som tuberkulose herjet, utviklet det seg en såkalt «friluftsmedisin» og en kurstedskultur med styrking av helse som begrunnelse. Bemidlede gjester var velkomne til sanatorier med behagelig opphold, god mat og interessant tidsfordriv. Slike sanatorier, spesielt beregnet for tuberkulosebehandling, ble fra slutten av 1800-tallet også bygget over hele Europa – gjerne ensomt beliggende i skog, fjell eller ved sjøen, med en uklar medisinsk begrunnelse for plasseringen.

Tuberkulose hadde også belastende mørke sider – folks smittefrykt og tabuisering. Kanskje var de store sanatoriene også lagt langt fra folk for å få de syke *vekk*, en sosial utstøtning?

Omsorg med forvisning.

Øivind Larsen

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

