

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.