

# 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 unødige 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<br>menopause<br>atferd på skolen                                       | Fratar andre instanser ansvar og avskjærer mer effektive instanser og tiltak                                             |
| Medikalisering           |                                                                                                        |                                                                             | stigmatisering diskriminering                                                                                            |
| Ontologisk utvidelse     | Medisinske enheter: indikatorer som: tegn, funn, markører, prediktorer, forstadier                     | nye bio-markører<br>prediktorer risikofaktorermodeller                      | Uklar sammenheng mellom de medisinske enhetene og opplevd/observert sykdom<br>overdiagnostikk<br>overbehandling          |
| Normativ utvidelse       | Testers følsomhet senker deteksjons-terskler eller grenseverdier                                       | grenser for kolesterol, og blodtrykk<br><br>pre-diabetes<br>pre-demens      | Uklar sammenheng mellom de medisinske entitetene og opplevde eller observert sykdom<br>overdiagnostikk<br>overbehandling |
| Temporær utvidelse       | Medisinske enheter (indikatorer) oppdages lenge før eventuelt opplevd eller (direkte) observert sykdom | genetiske markører for Huntingtons sykdom<br>biomarkører for kognitiv svikt | Uklar sammenheng mellom de medisinske entitetene og opplevd / observert sykdom<br>overdiagnostikk<br>overbehandling      |
| Estetisk utvidelse       | Estetiske fenomener                                                                                    | utstående ører<br>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.*