

Evidens, etikk og estetikk: Medisinen i skjæringspunktet mellom det sanne, det gode og det skjønne

Bjørn Hofmann ^{a,b}

^aInstitutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik, bjoern.hofmann@ntnu.no

^bSenter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, bjoern.hofmann@medisin.uio.no

Early View publication date: 20 June 2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v16i1.4822>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Helsevesenet har blitt en sentral samfunnsaktør og medisinen dets førende fag. Hvorfor har det blitt slik? En grunn er at medisinen fører sammen sfærer som ellers har vært adskilt: det sanne, det gode og det skjønne. Medisinen som fag og helsevesenet som institusjon, har blitt et fascinerende skjæringspunkt nettopp mellom evidens, etikk og estetikk. Her kobles kunnskap til det som er vondt og skjønnhet til det som er friskt. Kunnskapsproduksjonen dirigeres ut fra ønsket om å gjøre det gode ved å unngå det vonde. Samtidig styres helsevesenets normer også av estetikkenes normer. Koblingene mellom evidens, estetikk og etikk gir noen grunnleggende utfordringer, som det er viktig å være oppmerksom på. Riktig håndtert gjør de helsevesenet generelt og medisinen spesielt til et fascinerende og fruktbart skjæringspunkt mellom det sanne, det gode og det skjønne.

Nøkkelord: Evidens, etikk, estetikk, sannhete, godhet, skjønnhet

English Title: Evidence, ethics and aesthetics: Medicine at the intersection of the true, the good and the beautiful

Abstract: While Western history of ideas has tried to differentiate truth, goodness, and beauty, medicine is a fascinating meeting place precisely between evidence, ethics, and aesthetics. In medicine, knowledge is connected to pain and suffering and beauty to health. The production of knowledge is directed towards doing good by avoiding bad. At the same time, medicine is also governed by aesthetics. A range of challenges follow from the connection between the three spheres, but if we are attentive to the interconnectedness medicine becomes a fascinating and fruitful rendezvous of truth, goodness, and beauty.

Keywords: Evidence, ethics, aesthetics, truth, goodness, beauty

Innledning

Helsevesenet har blitt en sentral samfunnsaktør og medisinen er dets førende fag. Helsevesenet tar seg av en stadig større andel av individers og samfunnets problemer (Clark 2014; Conrad 1992; Jamouille 2015; Moynihan 2012). Hvorfor har det blitt slik?

Det er selvsagt mange grunner til det. Medisinen har hatt en enorm suksess gjennom historien (Porter 2010), noe vi nylig har fått bekreftet gjennom den raske utviklingen av vaksiner under covid-19-pandemien. En annen grunn er at helse har blitt den nye frelse og «legene har blitt det nye presteskapet» (Barnard 1985). En tredje og medvirkende grunn kan være at medisinen fører sammen sfærer som ellers har vært adskilt: det sanne, det gode og det skjønne. Medisinen som fag, og helsevesenet som institusjon, knytter evidens, etikk og estetikk sammen på spennende måter.

Gjennom store deler av den tradisjonelle vestlige historien har vitenskap, etikk og estetikk blitt oppfattet som selvstendige og uavhengige områder der man har skilt mer eller mindre skarpt mellom det sanne, det gode og det skjønne (Hare 1963; Hazlett 2012; Honderich 2005; Steiner 1927; Svendsen and Säätelä 2007). Lenge tenkte mange at vitenskapen skulle ta seg av sannheten, og filosofien og etikken av det gode, mens estetikken skulle avgjøre hva som er skjønt. Det gode kunne forstås uavhengig av det sanne og det sanne uavhengig av det skjønne.

Helsevesenet generelt, og medisin spesielt, fører disse tre samfunnssfærene sammen på en fascinerende måte.

I denne artikkelen vil jeg undersøke hvordan medisinen kombinasjon av det sanne, det gode og det skjønne har gjort helsevesenet til en sentral samfunnsaktør og medisinen til et mektig fag, men også hvordan koblingen mellom evidens, etikk og estetikk byr på noen grunnleggende utfordringer. For samtidig som medisinen hylles for sine store suksesser (Porter 2010), blir den kraftig kritisert for å gjøre for mye galt (Welch, Schwartz and Woloshin 2011; Wootton 2007) og ha fått for stor makt (Turner 1995), og det er spådd at dens voldsomme ekspansjon (Glasziou, Moynihan, Richards, and Godlee 2013; Hofmann 2019; Moynihan, 2012; Moynihan and Smith 2002) vil føre til dens sikre fall (Fanu 1999).

Betegnelsene «det sanne», «det gode» og «det skjønne» står ikke for en konkret oppfatning av hva som er sant, godt eller skjønt. De peker, som antydnet, på ulike områder: kunnskapsproduksjon (evidens), vurdering av hva som er godt og (v)ondt (etikk) og hva som er skjønt eller vakkert (estetikk).

Spørsmålet i denne artikkelen er altså hvordan medisinen særegenhet – inklusive dens triumfer og tragedier – kan forstås i lys av foreningen av det sanne, det gode og det skjønne – av evidens, etikk og estetikk.

Det sanne og det gode

I medisinen defineres sannheten om det vonde og det gode innenfor et sentralt område for menneskelig eksistens, nemlig helse og sykdom. Det gir den dobbel definisjonsmakt: både om hva som er vondt og godt (ontologisk) og sannheten og begrunnbarheten om hva det er (epistemologisk) – hva det består av, hva som forårsaker det, hvordan det klassifiseres, hvordan man kan få kunnskap om det og,

i siste instans, hva man kan gjøre med det (dersom man *skal* gjøre noe med det) (Hofmann 2021).

Det å avdekke eller produsere sannhet om forhold som er viktig for borgernes sosiale rolle og rettigheter, gir makt, status og prestisje på et samfunnsnivå. I medisinen kombineres dette altså med makten til å kunne definere hva som er *det gode* for individer, grupper og samfunn – enten gjennom dens negasjon (det vonde – sykdom) eller direkte (det gode – helse). Å kunne definere grunnleggende menneskelige goder (og vondter) og kunnskapen om dem gir samfunnsrett, for eksempel til å definere personers sosiale rolle og rettigheter (slik som sykerolle og tilgang til helsefaglig oppmerksomhet, behandling og sykepenges) (Hofmann 2021).

Som påpekt av Irving Zola og Ivan Illich, forsterkes denne definisjonsmakten av at helse synes å erstatte frelse (Illich 1975; Zola 1972) – altså at helse har blitt et mål (og ikke bare en forutsetning) for et godt liv. Uansett gir medisinen kobling av definisjonene av det gode og det sanne en betydelig makt. Men som Zola, Illich og mange andre har påpekt, kan denne makten misbrukes eller brukes feil (Fanu 1999; Skrabanek and McCormick 1990; Turner 1995). Noen eksempler på det siste er når medisinen gjør alminnelige livserfaringer til helsefaglige anliggender (medikalisering), gjør tilstander som folk dør med og ikke av, til sykdom (overdiagnostikk), gjør risikofaktorer til sykdom, identifiserer tilstander som man ikke vet hva betyr (tilfeldige funn av ukjent betydning), behandler og behandler tilstander som aldri ville plage personer til sykdom (overbehandling) og styrer folks oppfatninger av det gode liv (helsisme, healthism).

Michel Foucault (Foucault 2012), og mange etter ham, har vist hvordan kunnskapsproduksjon og kunnskapsformer styrer (berammer) hvordan mennesker tenker om seg selv og hverandre – hvordan det gir opphav til samfunnsmessige strukturer og institusjoner (sykehus), kommunikasjonsformer, og måter å forstå og håndtere menneskelige vansker på.

I tillegg til disse («direkte») koblingene av definisjonen av det sanne om det gode og det vonde, knytter helsefagene det sanne, i betydningen best tilgjengelig evidens, til det gode på en rekke andre måter. For det første er evidensen handlingsveiledende. Om legen gjennom undersøkelser og tester får kunnskap om at en person *har* invasiv kreft, så følger det hva som *bør* gjøres, eksempelvis at tilstanden *bør* behandles og ofte *hvordan*. Diagnosesystemer, slik som ICD (fra Verdens helseorganisasjon), DSM (fra den amerikanske psykiatriforeningen) og ICPC (utviklet av World Organization of Family Doctors, Wonca), ordner og kategoriserer tilstander for å lede til handling. Kunnskapen styrer handlingene mot noe som er antatt å være bedre. Forbindelsen mellom det sanne og det gode manifesteres og forsterkes av retningslinjer, godt hjulpet av evidence-based-medicine-bevegelsen (EBM).

Denne koblingen mellom det sanne og det gode gjør at man slutter fra det deskriptive til det preskriptive. Fordi man har en helsefaglig identifiserbar tilstand, må denne få helsefaglig oppfølging. Når den helsefaglig identifiserbare tilstanden oppfattes som noe naturgitt og objektivt eksisterende, slik det ofte gjøres i helsefagene, begår man i prinsippet en av den tradisjonelle filosofiens alvorligste synder, ofte kalt Humes utfordring eller «den naturalistiske feilslutning» (Dodd and Stern-Gillet 1995). Man slutter fra *er* til *bør*.

Men koblingen mellom evidens og etikk går også motsatt vei: I helsefagene slutter man også fra *det gode* til *det sanne*. Når en tilstand oppfattes som plagsom eller gir smerter eller lidelse (et onde), og påkaller moralsk begrunnet oppmerksomhet, blir den gjenstand for helsefaglig oppmerksomhet, klassifikasjon og kunnskapsproduksjon.¹ Tilstanden defineres da som en sykdom, blant annet gjennom spesifikke kunnskapskriterier. Overvekt ble oppfattet som plagsomt og farlig – og derved gjort til noe som burde behandles (Hofmann 2016b). Tilsvarende er det med ADHD (Conners, 1997; Honkasilta, 2016; Moncrieff and Timimi, 2013) og sorg (Bandini, 2015; Wakefield, 2013). Når man slutter fra at dette *bør* behandles til at det *er* sykdom (gjennom etablering av evidens), slutter man i prinsippet fra *bør* til *er*. På Hawaii har man foreslått å klassifisere hjemløshet som en sykdom fordi man da bedre kan hjelpe mennesker (Canady, 2017).

Denne gjensidige koblingen mellom *er* og *bør* er typisk for medisin og helsefag. Se figur 1.



Figur 1 Illustrasjon av hvordan det sanne og det gode gjensidig påvirker hverandre i medisinen.

Koblingen mellom evidens og etikk ser vi også i valg av behandlingsmål (endepunkter), det vil si det som regnes som utbytte av helsetiltak. Behandlingsmål, slik som (økt) overlevelse, (redusert) svulststørrelse og (riktig) blodtrykk, velges ut fra hva som sees på som godt eller (v)ondt, og man søker kunnskap om disse ut fra behandlingsmålenes verdi. Såkalt harde endepunkter, slik som (økt) overlevelse, funksjonsevne og livskvalitet, oppfattes som goder, mens smerter, plager og lidelse oppfattes som onder. Tilsvarende velges surrogatendepunkter (myke endepunkter), slik som blodtrykk og kolesterolnivå, ut fra om de forventes å kunne bidra til ulike goder, som igjen er definert av harde endepunkter.

På samme måte velges grenseverdier, slik som for høyt blodtrykk (hypertensjon), høyt kolesterol (hyperglykemi) og diabetes, ut fra hva man mener vil unngå det vonde og føre til det gode. Man slutter fra det preskriptive til det deskriptive – fra hva som *bør* unngås til det som *er* grenseverdien. Ofte skjer dette gjennom velregisserte konsensuskonferanser. Når man sier at grenseverdien for høyt systolisk blodtrykk *er* 140 mmHG, mener man egentlig at grenseverdien *bør* være 140 mmHg om man skal oppnå et gode (folkehelse) tatt i betraktning alle onder (kostnader og bivirkninger). Kunnskapen (om sykdommen) dirigeres av endepunkter og grenseverdier, som styres av oppfatningene om det gode (etikken).

Medisinen har også andre slike slutninger fra *bør* til *er*: Kunnskap fra samleanalyser (meta-analyser, der data fra mange studier sammenstilles) og systematiske kunnskapsoppssummeringer vurderes som *bedre* enn kunnskap fra observasjonsstudier og anekdotisk kunnskap. *Sannhet* reguleres gjennom kunnskapens godhet vurdert ut fra metodiske kriterier for gyldighet og pålitelighet (hva som unngår feilkilder og skjevheter). Evidenshierarkier uttrykker derfor slutning fra *det gode* til *det sanne* (Mercuri and Baigrie, 2019). Men også andre deler og aspekter av medisinsk evidensvurdering er verdi-fulle (i betydningen fulle av verdier) (Hofmann, Bond, and Sandman 2018; Hofmann, Cleemput, Bond, Krones, Droste, Sacchini, and Ooortwijn 2014).

Mens kunnskapshierarkier synes å fremme slutninger fra det gode til det sanne, synes sykdomshierarkier å fordre slutninger fra det sanne til det gode. Det er godt kjent at enkelte sykdommer tilkjennes høyere prestisje blant profesjonelle enn andre (Album, 1991; Album, Johannessen, and Rasmussen 2017). Sykdommer som er organspesifikke, akutte og behandlbare, og der vi har kunnskap om etiologi og virkningsmekanismer, har høy prestisje. Kroniske og diffuse sykdommer, der man ikke kjenner årsaker eller behandlingsformer, har lav prestisje. Det betyr at sykdommenes «godhet» blant annet vurderes ut fra kunnskap om dem. Å slutte fra kunnskap om sykdom til deres prestisjemessige rangering og oppfølging, eksempelvis ved prioritering, er problematisk (Hofmann 2020a).

I den grad kunnskap om sykdommer rangeres ut fra hvor alvorlige sykdommene er (forstått som økt smerte og lidelse og redusert funksjonsevne), påvirkes kunnskapsproduksjonen av etikken. Vi synes å ha større moralsk forpliktelse overfor personer med alvorlige sykdommer enn de med mindre alvorlige sykdommer. Det gjør at kunnskapens omfang styres av styrken i den moralske fordring - ut fra hva som oppfattes som mest plagsomt.

Helsevesenet generelt og medisinen spesielt bidrar altså med helt konkrete koblinger mellom det sanne og det gode. Det gjør dem til betydningsfulle samfunnsaktører i å definere sannheter om samfunnets goder (eller mer spesifikt: vondter). Vi bruker i dag en stor del av BNP på helsetjenesten. På den ene siden har det medført bedret folkehelse (for eksempel gjennom vaksiner). På den andre siden har den mektige koblingen av det sanne og det gode – av evidens og etikk – medført en del utilsiktede konsekvenser. Tilstander er diagnostisert som sykdommer selv om de aldri ville plaget personen (overdiagnostikk), og har blitt behandlet unødvendig (overbehandling). Ved at vitenskapen definerer våre (v)ond(t)er, slik som biomarkører og forstadier som vi ikke kan merke, står vi i fare for å overdrive. I tillegg har tilstander som kanskje er bedre håndtert av andre enn i helsetjenesten, blitt gjort til helsefaglige anliggender (medikalisering²). Ut over dette kan en rekke sårbare grupper hevde at medisinen i sin definisjonsmakt av hva som er godt og vondt – og hva som er gyldig kunnskap om deres tilstand – har misbrukt sin makt til å undertrykke dem. Tvangssterilisering eller lobotomering av grupper og medikalisering av homoseksualitet er noen eksempler, men også bruk av diagnoser overfor enkeltpersoner. Noen historiske eksempler på det siste er «Paranoia 297,0. Religiøs kverulant type» for Arnold Juklerød i 1971, «varig svekkede sjelsevner» for Knut Hamsun etter krigen, og «Jøssingismus psykopatica» for Ingrid Bjerås for å ha opponert mot Quisling i 1941.

Det skjønnne og det gode

Hvordan er så forholdet mellom det skjønnne og det gode? Kobler medisinen også det gode til det skjønnne eller motsatt? Også her er koblingene konkrete. Når kirurgen vurderer et resultat, kan hen si at «det ble et pent arr». Man snakker også om «et pent benbrudd» og «en pen reponering». Vurderingen av de estetiske kvalitetene påvirkes her av hvorvidt det er godt for personen helsemessig. Estetiske normer og verdier påvirkes altså av etiske normer og verdier.

Et annet eksempel er estetisk behandling: Vi oppfatter det som godt for mennesker å være pene (Cavico, Muffler, and Mujtaba 2012; Kuipers, Franssen, and Holla 2019). Man opererer derfor utstående ører og andre tilstander uavhengig av om det øker fysiologisk eller biologisk funksjon. Tanken er delvis at slik behandling øker selvtillit og sosial eller kulturell fungering. I dette slutter man fra det som oppfattes som *styggt* til det som oppfattes som *vondt* – altså fra estetikk til etikk.

Samtidig kan slutningen fra estetikk til etikk være selvforsterkende: Eksempelvis kan behandling som retter på ens utseende eller bekrefter ens identitet (selvbekreftende behandling), underbygge de normer og verdier (goder) som gir behov for denne behandlingen. Handlingene som skal oppnå det som oppfattes som *et gode*, styrker oppfatningen av *det skjønnne*. Tannlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin har eksempelvis nylig tatt dette på alvor i et policy-dokument, der de eksplisitt uttrykker at estetisk behandling kan påvirke hva som oppfattes som normalt og godt: «Dersom helsepersonell tilbyr en behandling som kan endre utseendet til et friskt menneske, er det en bekreftelse på at behandlingen er medisinsk nødvendig. Legen eller tannlegen sier dermed implisitt at utseendet til mennesket, slik det er, ikke er godt nok. Å møte et menneske på denne måten kan bidra til økt press på å oppnå et visst estetisk ideal, det bidrar til mer oppmerksomhet om utseende og kan føre til økt bekymring. På denne måten kan det bidra til å skape uhelse. ... Ved å konstruere idealer som for noen, mange eller alle kun kan oppnås ved kosmetisk behandling skaper [man] et i verste fall unødvendig marked av uhelse.» (Den norske tannlegeforening og Norsk forening for allmennmedisin, 2021)

Helsevesenet og medisinen er derved også aktører i samfunnets oppfatning av hva som er pent og hva som er stygt. Når det stygge kan behandles, og medisinen kan tilby behandling, blir helsevesenet til en aktør for goder – en *godhetens aktør*. Fedmebehandling er et godt eksempel, der fedmekirurgi er brukt ut over det som rettfærdiggjøres av risikoreduksjon (Hofmann 2010).

Under helse-estetiske vurderinger ligger altså grunnleggende slutninger fra *styggt* til *sykt* og fra *sykt* til *styggt* (Jutel and Buetow, 2007): Det stygge oppfattes som sykt og det syke stygt (Gilman, 1995). Sår er stygge, og syke mennesker blir sjelden oppfattet som vakre. Enkelte sykdommer har også fått sitt navn ut fra at deres bærere blir stygge. Radesyke er et eksempel (Skålevåg, 2020). Når fertilitetseksperter skal velge ut egg til IVF, velger de «pene egg» (Alikani, 2013; Elder, 2005), mens hvilke egg som er «pene», nok er påvirket av hva de tror vil gi et *godt* resultat.

Medisinsens normer om pent og stygt vekselvirker altså med etikkens normer om godt og ondt. Medisinsens kobling mellom det skjønnne og det gode henger kanskje sammen med generelle koblinger mellom det pene og det gode (Langlois, Kalakanis, Rubenstein, Larson, Hallam, and Smoot 2000), slik det allerede kommer til uttrykk hos Sappho: «Det pene er godt, og den som er god, vil også bli pen.»

(Dion, Berscheid, and Walster 1972). Slik sett er koblingen mellom det gode og det skjønne neppe unikt i medisinen, men her får den håndgripelige utslag, og kan studeres mer konkret enn andre steder. Figur 2 illustrerer den gjensidige sammenhengen mellom det gode og det skjønne i medisinen.



Figur 2 Et forsøk på å illustrere den gjensidige påvirkningen mellom det gode og det skjønne i medisinen.

Det skjønne og det sanne

Tilsvarende gjør estetikkens normer seg gjeldende i helsevesenets kunnskapsproduksjon. Blant annet styres medisinen av estetiske normer (Casadevall and Fang, 2018; McAllister, 1998). Anvendelige teorier er elegante (syntaktisk enkelhet) og sparsommelige (ontologisk enkelhet) (A. Baker, 2016), konsistente og koherente.³ Estetikkenes sterke rolle i vitenskapen kommer til uttrykk i Thomas Huxleys utsagn om at «vakkre teorier drepes av enkle fakta» (Huxley, 1873) og i påstander som: «It is more important to have beauty in one's equations than to have them fit experiment» (Dirac, 1963).

I den konkrete kunnskapsproduksjonen fremstilles sannheten i fagfelleverderte figurer. «Pene» resultater er enklere å forstå og fremstår som mer troverdige (Giner-Sorolla, 2012). Vitenskapens generelle estetikk har gjort seg gjeldende i medisinen. Nylig har vi sett virkningen av avbildningen av SARS-COV-2-viruset (illustrert av Alissa Eckert for Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA, <https://phil.cdc.gov/details.aspx?pid=23312>). Bildet har en forklarende effekt (ved å synliggjøre «spike-proteinene») og fremstår troverdig i sin enkelhet. Se også (Delicado and Rowland, 2021; Serlin, 2010). Det enkle synes ikke bare å være det beste, men også det ekte eller det sanne.

Videre finnes det også et gyldighetshierarki, der det visuelle gir størst troverdighet. Det som vi kan se (på et CT-bilde) er mer troverdig enn det som kan leses (på en utskrift fra en blodprøve), som er mer tillitvekkende enn det som er palpert, som er mer troverdig enn det som er fortalt (av pasienten) (Daston and Galison, 1992; Hofmann 2001; Kevles, 1997; Sabih, Sabih, Kahn 2011). Bilder har en sterkt overbevisende kraft og styrker kunnskapens troverdighet (Delehanty, 2010).

Dette ser vi innen bildediagnostikk, der det gjøres en rekke koblinger mellom det sanne og det skjønne (Massalha and Keidar, 2022). Med 3D-fremstilling fra radiologiske undersøkelser og funksjonell MR (fMRI) skapes sannheten om sykdommer. Mens man ofte tenker at de bildedannende teknikkene avbilder indre kroppslige strukturer, konstrueres disse bildene gjennom møysommelig vitenskapelig arbeid som inkluderer valg av gråtoner, fargerepresentasjoner, terskelverdier og fremstillingsmåter. En lokal fargeoppblomstring i et område i hjernen vist på et fMRI-bilde, og det man tenker seg at dette representerer, oppfattes som, og blir til, sannheten om personens tilstand. Et slående eksempel på at dette er estetisk konstruerte sannheter, er en studie der atlantehavslaks ble undersøkt i MR mens den ble vist bilder av mennesker i ulike sammenhenger. Resultatene viste at laksen kunne gjenkjenne når mennesker var i sosiale settinger (Bennett, Miller, and Wolford 2009). Problemet var at laksen var død. Forfatterne brukte eksperimentet til å vise forutsetningene for og begrensningene ved den tekniske koblingen mellom sannhet og estetikk. De modellene, statistiske metodene og terskelverdiene man bruker, er avgjørende for hva man ser på bildene – som virker overbevisende på oss og er med på å definere hva som er sant.

Et annet eksempel er hvordan presisjonsmedisinen har presentert nye sannheter om kreft gjennom å forenkle og forskjønne dens kompleksitet og heterogenitet (Bremer and Strand, 2022). Ved å skape en vakker forestilling om at kreft lar seg karakterisere genetisk og at målrettet behandling kan tilpasses den enkelte, har man ved bruk av vakre figurer klart å etablere «sannheter» om kreft som ikke har rot i empiriske studier, men som like fullt får stor oppmerksomhet i media, som genererer enorme investeringer og fremkaller håp hos mange mennesker (Bremer and Strand, 2022). Poenget her er at sannheten om sykdom fremstilles visuelt gjennom en møysommelig og samvirkende prosess av vitenskapelige, tekniske og estetiske vurderinger.

Det kan selvsagt være mange (pragmatiske) grunner til koblingen mellom det skjønne og det sanne i medisin og helsefag. Eksempelvis kan faglige normer for hva som er vakkert, påvirkes av det som oppfattes som sant; noe oppleves som vakkert fordi det oppfattes som sant. Også dette synes å være et uttrykk for et mer generelt fenomen: På samme måte som vi har en tendens til å koble pent til godt, har vi en hang til å knytte pent til troverdig og sant – også når det gjelder mennesker (Kara-Yakoubian, Walker, Sharpinskyi, Assadourian, Fugelsang, and Harris 2022). Dette kan gi seg utslag i helsetjenesten, eksempelvis når helsepersonell diskriminerer personer med fedme (Kaminsky and Gadaleta, 2002) og regne dem som mindre troverdige.

Den generelle koblingen mellom det skjønne og det sanne finner vi klart uttrykt hos John Keats i diktet Ode til en gresk vase: «'Alt sant er skjønt, alt skjønt er sant.' På jord er dette alt I vet. Vit ikke mer!» (Keats, 2017). Albert Einstein har også påpekt likheten mellom søken etter sannhet og skjønnhet: «I jakten på sannhet og på skjønnhet har vi lov til å forbli barn hele livet» (Bushinsky and Wolf, 2014). I medisinen får man utløp for begge former for undring og utforskning (ibid).

Når medisinen forsyner oss med forklarende (og forførende) bilder av SARS-COV-2-viruset, så former og forsterker det samfunnets forståelser (sannheter) og handlinger – dets normer og verdier. Om koblingen mellom det skjønne og det sanne får ureflekterte følger for vurderingen av sykdommer og pasienter, kan det være et problem. Alan Cottey oppsummerer ambivalensen i sannhetens og

kunnskapens skjønnhet: «The structure of reliable knowledge is striking and most people, to a varying extent, find it beautiful. To many engaged seriously in KP [knowledge production], this sense of beauty is strong and durable. But even this has its ethical hazard, since it is possible to be seduced by beauty, become blinkered and not see important hazards such as the risk that one's output may be misused.» (Cottey, 2016).

Helsevesenet generelt, og medisinen spesielt, er altså samfunnsaktører gjennom sine helt konkrete koblinger mellom det sanne, det gode og det skjønnne. Særlig skjer dette ved å definere sannheter om samfunnets goder og hva som er pent og hva som er stygt. Da disse sfærene, og deres koblinger, synes å være så betydningsfulle, er det verdt å se nærmere på hvordan det skjønnne, det sanne og det gode oppfattes, formes og endres i medisinen og i helsevesenet.

Det skjønnne

Medisinen kan fremme det estetiske, eksempelvis gjennom estetisk kirurgi, der man rekonstruerer kroppsdeler etter skader eller sykdom. Langt vanligere er det at medisinsk behandling har negative virkninger på det som oppfattes som vakkert, eksempelvis når cellegift medfører hårtap, lemmer må amputeres, eller pasienten må gå med stomipose i etterkant av operasjon.⁴

Medisinenes estetikk synes, som vi har sett, å være påvirket av samfunnets generelle normer og verdier, samtidig som disse er (gjensidig) påvirket av hva som er sant og hva som er godt (Gilman, 1995; Jutel and Buetow, 2007). Medisinen kan gjennom sine kraftfulle midler forsterke og forme samfunnets estetiske normer.

Oppfatningene av hva som er sant, godt og skjønt vil selvsagt endre seg over tid, men det finnes noen trender: Estetisk behandling har over tid hatt lavere profesjonell prestisje enn kurativ behandling (Adams, 2012). Estetikken har spilt en mindre rolle i helsevesenet og dets fag enn etikken. Dette kan henge sammen med normene for godhet. Fysiske og mentale plager påkaller en sterkere moralsk fordring enn (estetisk) velvære (Mayerfeld, 1999; Tranøy, 1967), og biologisk eller fysiologisk dysfunksjon har tradisjonelt ledet til et større faglig imperativ enn sosial funksjon (som følge av estetiske forhold).

En annen utfordring er at estetisk behandling, som kan være god på individnivå fordi det øker selvtillit og sosial fungering, kan virke dårlig på samfunnsnivå ved å fremme estetiske normer og krav som man samfunnsmessig ikke er tjent med (Den norske tannlegeforening og Norsk forening for allmenmedisin, 2021). Eksempelvis har det vært argumentert for at man skal foreta kosmetisk kirurgi av (blant annet av nesen til) personer med Downs syndrom, slik at de unngår stigmatisering og diskriminering (Glasper and Powell, 1999; Lilleås, 2008). Dette illustrerer det som har blitt kalt «det statsliberale dilemma» (Nielsen, 2005), altså at det som er ønskelig og legitimt på individnivå ikke er det på samfunnsnivå. Det kan selvsagt argumenteres for at heller ikke individet er tjent med stigmatisering og diskriminering.

Det skjønnne har hatt vesentlig større betydning innen odontologien enn i medisinen, men omfanget av kosmetisk behandling tyder på at det estetiske øker sin betydning også i medisinen. Selv om det kan være positivt på individnivå (ved at man får tilgang til flere typer behandling), kan den økte oppmerksomheten på

estetikk også gi negative utslag, eksempelvis der helsepersonell har fordommer mot personer med bestemte former for utseende, slik som personer med overvekt (Harvey and Hill, 2001; Hebl and Xu, 2001).

Det gode

Hva som er det gode i helsefagene, henger sammen med helsefagenes grunnverdi og mål. Det finnes mange former for godhet i medisinen, avhengig av hvilket nivå man betrakter. På helsefaglig nivå kan man skille mellom *terapeutiske verdier* (intervensjon, forutsigbarhet, validitet, pålitelighet), *diagnostiske verdier* (nøyaktighet, prediktive og prognostiske verdier), *klassifikatoriske verdier* (klassifiserbarhet, enkelhet, anvendelighet, å være ekskluderende og uttømmende), *estetiske verdier* (et pent arr) og *funksjonelle verdier* (Stempsey, 2006). Andre fag påvirker også helsefagene med andre mål, slik som jus (subsummerbarhet, rettferdighet), økonomi (kostnadseffektivitet) og ledelse (håndterbarhet).

På et overordnet nivå gir medisinen mange goder: bedre helse og økt funksjon; redusert sykdom, plage, smerte og lidelse; bedret reproduksjon; økt velferd (Hanson and Callahan, 2000), men også velvære, inntjening og sysselsetting. Å sette grenser for hvilke goder medisinen skal fremme, kan være vanskelig, og medisinen har blitt oppfattet og brukt som et universalmiddel til å løse en lang rekke av samfunnets problemer (slik som innordningsvansker i skolen – ADHD). Her kan vi lære av historien, som har gjort drapetomani (rømmesyke hos slaver) (Bynum, 2000) og homoseksualitet til sykdom ut fra ønsket om å hjelpe (Hofmann 2017a).

Helsevesenet kan med andre ord fremme mange former for godhet (goder), og selv om det kan være betydelig uenighet om innholdet og forholdet mellom dem, er helsevesenet en viktig «godhetsaktør» i samfunnet. Det betyr også at det er mange former for *det gode* som kan påvirke *det sanne* og *det skjønne* – på ulike nivåer og mange måter.

Et grunnleggende gode, som medisinen tradisjonelt har vært opptatt av, er å fjerne, redusere, lindre eller forhindre smerte og lidelse. Medisinens gode (mål) er under stadig endring og utvidelse, eksempelvis ved å utvide sykdomsbegrepet (Hofmann 2019) og til å omfatte velvære og velferd. Det er knyttet en rekke etiske utfordringer til dette (Hofmann 2022 Revision under review). Her er poenget at medisinen har et mangfold av mål, og at disse kan komme i konflikt med hverandre. Mens medisinen tradisjonelt har hatt et grunnleggende mål om å redusere smerte og lidelse, synes dette å endres på måter som gir medisinen nye muligheter, men også utvidet ansvar og etiske utfordringer.

Det sanne

Tilsvarende varierer det hva som oppfattes som sannhet i helsefagene. Kravene til evidens har endret seg gjennom historien og er i rask forandring i dag. Persontilpasset medisin, StorData og maskinlæring er bare noen eksempler på endringsdrivere. Det samme gjelder covid-19-pandemien, som har endret (og utviklet) evidenskravene (Hofmann 2020b).

På grunn av helsetjenestens betydning som leverandør av samfunns-goder har den medisinske sannhetens produsenter og forvaltere stor makt. Samtidig er kunnskapsproduksjonen sårbar (Greenhalgh, Howick, and Maskrey 2014;

Ioannidis, 2005), ikke minst fordi mange av de veletablerte sannhetene vanskelig lar seg gjenta (reprodusere/replikere) (M. Baker, 2016).

Vitenskap og teknologi har kraftig utvidet kunnskapen om helse og sykdom, men de har også økt vår usikkerhet. Vi kjenner nå til mange flere målbare faktorer (indikatorer: prediktorer, forstadier og risikofaktorer) som *kan* føre til sykdom, men usikkerheten om hvorvidt de gjør det er stor (Hofmann and Welch, 2017; Hofmann and Lysdahl, 2021). Etersom sykdomsbegrepet har blitt kraftig utvidet til å omfatte tilstander som ikke er plagsomme, har vi fått problemer med overdiagnostikk, overbehandling og medikalisering (Hofmann 2019). Det har gjort det vanskeligere å vite om sykdomstegn, slik som ulike indikatorer, er *sanne* tegn på sykdom. Det har med andre ord blitt mer utfordrende å knytte kunnskapsenheter direkte til noe (v)ondt, slik at *det sanne* har fjernet seg fra *det gode* (Hofmann 2018; Hofmann 2019). Eksempelvis viser testene helt sanne (bekreftede) svar på hvorvidt vi har en gitt tilstand, men det er høyst usikkert om dette får noen konsekvenser for oss – altså om det fører til noe vondt.

Det er også utfordrende dersom sannheter om sykdommer påvirker helsepersonells måte å forholde seg til pasienter på – eksempelvis at helsepersonell vier mer oppmerksomhet til tilstander som har høy prestisje (på grunn av kunnskapen om dem) (Album, 1991; Album and Westin, 2008). Det samme gjelder dersom enkelte kunnskapstradisjoner får større betydning enn andre, slik som den biomedisinske tradisjonen (Kirkengen, Ekeland, Getz, Hetlevik, Schei, Ulvestad, and Vetlesen 2013; 2013b). Mens pasienten har kunnskap om opplevelsen av sin egen tilstand (*illness*), forvalter samfunnet kunnskap om hva en slik tilstand betyr sosialt (*sickness*), og medisinen bestyrer de vitenskapelige og (be)handlingsmessige sidene ved tilstanden (*disease*) (Hofmann 2002). Dersom medisinen får for stor makt over sykdommens sannhet (*illness* og *sickness*), kan det være etisk problematisk.

Diskusjon: Medisinen som samfunnsformende smeltedigel for evidens, etikk og estetikk

Det tradisjonelle skillet mellom *det sanne*, *det gode* og *det skjønn*e blir delvis opphevet i medisinen og andre helsefag, der evidens, estetikk og etikk forenes. Slik slekter de på ett vis på Platons filosofi, der det skjønn

og det sanne ble knyttet til det gode (Statsmannen 309c). Om noe var skjønt eller sant, kom an på om det kunne føre til det gode.

Medisinen er selvsagt ikke det eneste fag som kobler evidens, etikk og estetikk. Skolevesenet kan sies å koble alle tre, og arkitektur er et eksempel på en sterk kobling mellom estetikk og etikk, mens rettsvitenskap knytter det gode (rettferdighet) til det sanne (faktum). Poenget her er ikke at medisinen er unik i dette, men at den er et fag (og helsevesenet en institusjon) der koblingen er sterk og tydelig og har samfunnsformende implikasjoner med etiske (ut)fordringer.

Det er selvsagt heller ikke slik at evidens, etikk og estetikk har vært helt separate erkjennelsesområder. Frem til langt ut i middelalderen var naturvitenskap og filosofi forenet. Poenget er altså ikke at medisinen forener noe som aldri har vært forenet før, men snarere at den forener erkjennelsesområder som i viktige perioder har vært oppfattet som autonome – og at dette samvirket styrker dens samfunns

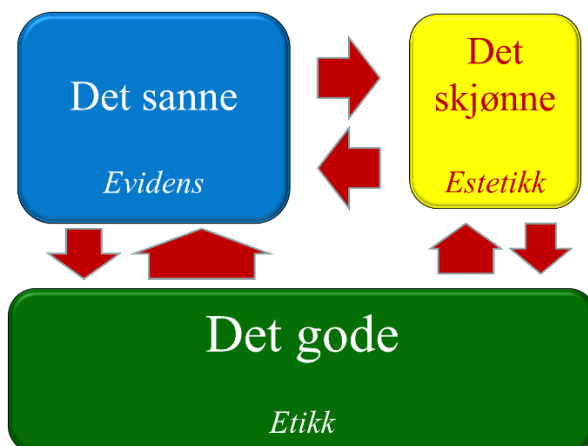
Gjennom sine helt konkrete koblinger mellom det sanne, det gode og det skjønne blir helsevesenet generelt, og medisinen spesielt, sentrale samfunnsaktører. Dette skjer blant annet ved å definere sannheter om samfunnets goder og hva som er pent og hva som er stygt. Ved å frembringe og fremme slike goder blir helsevesenet en viktig «godhetsaktør» i samfunnet. Dessuten er helse en sentral (iboende, bidragende og instrumentell) verdi i (post)moderne vestlige samfunn, og institusjoner og fag som har (definisjons)makt over helse, vil følgelig være sentrale aktører.

Som nevnt i innledningen står betegnelsene «det sanne», «det gode» og «det skjønne» ikke for en konkret oppfatning av hva som er sant, godt eller skjønt. Det er ingen enighet i helsefagene eller internt i medisinen om hva som er sant, godt eller skjønt. Snarere tvert imot er det vedvarende debatter om hva som er gyldig kunnskap, hva som er sykdom og hva som er pent (for eksempel i plastisk kirurgi). Betegnelsene det sanne, det gode og det skjønne står altså her for ulike aktiviteter som tidligere har foregått i ulike sfærer, men som medisinen på ulike vis forener: kunnskapsproduksjon, etikk og estetikk.

I tillegg har jeg i stor utstrekning anvendt medisinen og helsefagenes perspektiv og selvforståelse. For eksempel forstås sykdom i stor grad som et naturalistisk begrep innen helsefagene (Bechtel 1985; Hofmann 2014b; Kingma 2014; Schramme 2007; Veit 2021), mens det i filosofi og samfunnsfag forstås normativistisk (Hofmann 2001; 2010; Khushf 2007; King 1954; Twaddle 1994; Young 1995). Mens man i filosofien vil kunne forstå sykdom som et verdiladet eller et «tykt begrep» som kombinerer faktuelle påstander med vurderinger (Hare 1952; Williams 1984), har helsefagene i stor utstrekning forstått slike begreper som deskriptive (Boorse 1977; 2004; 2011; Hofmann, Bond, and Sandman 2018; Hofmann, Cleemput, Bond, and others 2014). Verdivurderingen forekommer i stor grad uavhengig av (etter) frembringelsen av fakta. Mens koblingen mellom fakta og verdier – mellom det sanne og det gode – på mange områder er internalisert, for eksempel ved verdiladete eller tykke begreper, synes koblingen i medisin og helsefag å være ekstern(alisert). Koblingen er ikke iboende, men synes snarere å skje ved en ekstern kobling mellom fakta og verdier, som gjør at den fremstår som en slutning.

Jeg har dessuten drøftet gjensidige forhold mellom sannhet, godhet og skjønnhet, som kunne gi inntrykk av at forholdene er likebyrdige. Slik er det ikke. Som jeg har antydnet her, og gjort rede for andre steder (Hofmann 2002; Hofmann 2019; Hofmann 2022 Revision under review), har det gode en forrang foran det sanne og det skjønne. At moralen styrer kunnskapen (og etikken evidensen) bør ikke komme som noen overraskelse, da det henger sammen med medisinen og helsevesenets moralske grunnlag: å hjelpe mennesker med deres (v)ond(t)er. Kunnskapsproduksjonen styres av hvordan kunnskapen hjelper. Det er ikke bare slik at moralske hensyn styrer hva vi forsker på, men også slik at moralen styrer kunnskapens innhold – hva som regnes som kunnskap og evidens. Mennesker er komplekst og kan forstås på svært mange måter, og det kan defineres ekstremt mange enheter (elementer, parametere, indikatorer, biomarkører) og prosesser. Disse velges ikke ut fra tilfeldigheter, men ut fra at man tror de har en betydning for folks plager. Når man etter år 2000 satte søkelys på troponiner i blodet, var det ut fra forestillingen om at dette kunne si noe vesentlig om individers hjerter som kunne avhjelpe deres plager.

Jeg har også pekt på at medisinen møter etiske problemer der evidensen ikke styres av etikken, når helsetjenestens sannheter ikke bidrar til å redusere befolkningens vondter, men snarere bidrar til å øke dem, slik som ved overdiagnostikk, overbehandling og medikalisering (Hofmann 2014a; Hofmann 2017b; Hofmann 2019; Hofmann, Reid, Carter, and Rogers 2021). Forholdet mellom evidens, etikk og estetikk er derfor ikke jevnbyrdig, men snarere mer som illustrert i figur 3.



Figur 3 Et forsøk på å illustrere forholdet og den gjensidige påvirkningen mellom det sanne, det gode og det skjønne i medisinen.

Selv om jeg har hevdet at etikken er en sentral størrelse i medisinen og at medisinen har vært bygget på et sentralt mål (å redusere menneskers smerter og lidelse), så har jeg anerkjent at det finnes mange (og til dels motstridende) mål som også kan gi etiske utfordringer. Det er problematisk når mennesker vurderes ut fra kunnskap om deres sykdom – når evidens styres av (økonomiske) interesser – når helsefaglig oppmerksomhet dreies av sykdommers status og prestisje eller når sykdommer stigmatiserer. Tilsvarende utfordres vi når det stygge blir det syke eller når man forsterker fordommer ved medisinsk behandling.

Konklusjon

Medisinen er altså ikke bare et møtested mellom aktører (pasienter, leger, industri) for utveksling av tjenester (Solbakk 1995), men et samlingspunkt for grunnleggende aspekter ved menneskelig eksistens og selvforståelse – mellom det sanne, det gode og det skjønne. Gjennom å definere hva som er godt og vondt, hva som er helse og sykdom, hva som er sant om menneskers tildragelser og hvem som kan og skal behandles, kompenseres og avhjelpes, utøver medisinen en betydelig samfunnsrettet makt. Mens estetikken tilsynelatende har spilt en mindre sentral rolle, er den viktig ved at enkle teorier og pene figurer kan forme sannheten. Estetikken spiller en stadig større rolle i medisinen, som i samfunnet ellers.

Koblingen mellom evidens, etikk og estetikk gjør medisinen og helsetjenesten til en kraftfull samfunnsaktør. For at medisinen skal være gagnlig, må vi ta hensyn til virkninger og bivirkninger av koblingen mellom det sanne, det gode og det skjønne.

Noter

- ¹ Jeg bruker betegnelsen «kunnskapsproduksjon» her som systematisk frembringelse av kunnskap. Selv om mange av helsefagene har hatt et objektivt syn på kunnskap (og en forståelse av sannhet i tråd med korrespondanseteorien for sannhet) mens deler av filosofien og samfunnsfagene har hatt en relativistisk forståelse av kunnskap og sannhet, forutsetter betegnelsen «kunnskapsproduksjon» i denne sammenhengen ikke et spesielt syn på kunnskap og sannhet.
- ² Jeg bruker her «medikalisering» i den opprinnelige kritiske betydningen i tradisjonen fra Zola, Illich og Conrad. Se også Hofmann B. (2016a).
- ³ Konsistens og koherens sees her på som utvidede estetiske normer.
- ⁴ Jeg takker en av fagvurdererne for dette viktige poenget og forøvrig fagvurdererne for gode kommentarer og spørsmål, som har bidratt til å bedre artikkelen.

Referanser

- Adams, J. (2012). Cleaning up the dirty work: Professionalization and the management of stigma in the cosmetic surgery and tattoo industries. *Deviant Behavior*, 33(3), 149-167. <https://doi.org/10.1080/01639625.2010.548297>
- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 111, 2127 – 2133.
- Album, D., Johannessen, L. E., and Rasmussen, E. B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Soc Sci Med*, 180(1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.020>
- Album, D., and Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med*, 66(1), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Alikani, M. (2013). Morphological expressions of human egg and embryo quality. *Textbook of Clinical Embryology*, 313. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139192736.032>
- Baker, A. (2016). Simplicity. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* "Simplicity", The Stanford Encyclopedia of Philosophy
- Baker, M. (2016). Reproducibility crisis. *Nature*, 533(26), 353-366.
- Bandini, J. (2015). The Medicalization of Bereavement: (Ab)normal Grief in the DSM-5. *Death Studies*, 39(6), 347-352. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.951498>
- Barnard, D. (1985). The physician as priest, revisited. *Journal of religion and health*, 24(4), 272-286. <https://doi.org/10.1007/BF01533009>
- Bechtel, W. (1985). In Defense of a Naturalistic Concept of Health. In J. Humber and R. Almeder (Eds.), *Biomedical Ethics Reviews · 1985* (pp. 131-170). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59259-441-2_8
- Bennett, C. M., Miller, M. B., and Wolford, G. L. (2009). Neural correlates of interspecies perspective taking in the post-mortem Atlantic Salmon: an argument for multiple comparisons correction. *Neuroimage*, 47(Suppl 1), S125. [https://doi.org/10.1016/S1053-8119\(09\)71202-9](https://doi.org/10.1016/S1053-8119(09)71202-9)
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542. <https://doi.org/10.1086/288768>

- Boorse, C. (2004). On the distinction between disease and illness. In A. L. Caplan, J. J. McCartney, and D. Sisti (Eds.), *Health, disease, and illness: concepts in medicine*. Georgetown University Press.
- Boorse, C. (2011). Concepts of health and disease. In F. Gifford (Ed.), *Philosophy of Medicine* (Vol. 16, pp. 11-34). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-51787-6.50002-7>
- Bremer, A., and Strand, R. (2022). *Precision oncology and cancer biomarkers*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-92612-0>
- Bushinsky, D. A., and Wolf, M. (2014). The pursuit of truth and beauty. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 23(4), 329-330. <https://doi.org/10.1097/01.mnh.0000447025.97464.ea>
- Bynum, B. (2000). Drapetomania. *Lancet*, 356(9241), 1615. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74468-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74468-8)
- Canady, V. A. (2017). Hawaii bill would classify homelessness as medical condition. *Mental Health Weekly*, 27(6), 3-5. <https://doi.org/10.1002/mhw.30921>
- Casadevall, A., and Fang, F. C. (2018). Elegant Science. *mBio*, 9(1). <https://doi.org/10.1128/mBio.00043-18>
- Cavico, F. J., Muffler, S. C., and Mujtaba, B. G. (2012). Appearance Discrimination, Lookism And Lookphobia In The Workplace. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 28(5), 791-802. <https://doi.org/10.19030/jabr.v28i5.7223>
- Clark, J. (2014). Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, 7, 10.3402/gha.v7.23998. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23998>
- Conners, C. (1997). Is ADHD a disease? *Journal of Attention Disorders*, 2(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/108705479700200101>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Cottey, A. (2016). Reducing ethical hazards in knowledge production. *Science and Engineering Ethics*, 22(2), 367-389. <https://doi.org/10.1007/s11948-015-9651-3>
- Daston, L., and Galison, P. (1992). The image of objectivity. *Representations*, 40, 81-128. <https://doi.org/10.2307/2928741>
- Delehanty, M. (2010). Why images? *Medicine Studies*, 2(3), 161-173. <https://doi.org/10.1007/s12376-010-0052-2>
- Delicado, A., and Rowland, J. (2021). Visual representations of science in a pandemic: COVID-19 in images. *Frontiers in Communication*, 6. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.645725>
- Den norske tannlegeforening og Norsk forening for allmenmedisin. (2021). *Policydokument – Kosmetisk behandling i allmenmedisin og odontologi*.
- Dion, K., Berscheid, E., and Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of personality and social psychology*, 24(3), 285. <https://doi.org/10.1037/h0033731>
- Dirac, P. A. M. (1963). The evolution of the physicist's picture of nature. *Scientific American*, 208(5), 45-53. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0563-45>
- Dodd, J., and Stern-Gillet, S. (1995). The is/ought gap, the fact/value distinction and the naturalistic fallacy. *Dialogue: Canadian Philosophical Review/Revue canadienne de philosophie*, 34(4), 727-746. <https://doi.org/10.1017/S0012217300011082>

- Elder, K. (2005). Routine gamete handling: oocyte collection and embryo culture. In *A Textbook of In Vitro Fertilization* (pp. 287-308). Taylor-Francis, London. <https://doi.org/10.1201/b14680-17>
- Fanu, J. L. (1999). *The rise and fall of modern medicine*. Little Brown.
- Foucault, M. (2012). *The birth of the clinic*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203715109>
- Gilman, S. L. (1995). *Health and illness: Images of difference*. Reaktion Books.
- Giner-Sorolla, R. (2012). Science or art? How aesthetic standards grease the way through the publication bottleneck but undermine science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 562-571. <https://doi.org/10.1177/1745691612457576>
- Glasper, E., and Powell, C. (1999). Facial surgery and children with Down's syndrome. *British journal of nursing*, 8(1), 6-6. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.1.6>
- Glasziou, P., Moynihan, R., Richards, T., and Godlee, F. (2013). Too much medicine; too little care. *BMJ*, 347, f4247. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4247>
- Greenhalgh, T., Howick, J., and Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *Bmj*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Hanson, M. J., and Callahan, D. (2000). *The goals of medicine: The forgotten issues in health care reform*. Georgetown University Press.
- Hare, R. (1963). *Reason and freedom*. Oxford University Press.
- Hare, R. M. (1952). *The Language of Morals*. Clarendon Press.
- Harvey, E. L., and Hill, A. (2001). Health professionals' views of overweight people and smokers. *International Journal of Obesity*, 25(8), 1253-1261. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801647>
- Hazlett, A. (2012). Non-moral evil. *Midwest studies in philosophy*, 36, 18-34. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4975.2012.00231.x>
- Hebl, M. R., and Xu, J. (2001). Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity*, 25(8), 1246-1252.
- Hofmann, B. (2001). Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med*, 22.
- Hofmann, B. (2001). The technological invention of disease. *Med Humanit*, 27(1), 10-19. <https://doi.org/10.1136/mh.27.1.10>
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651-674. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>
- Hofmann, B. (2010). The concept of disease - vague, complex, or just indefinable? *Med Health Care Philos*, 13(1), 3-10. <https://doi.org/10.1007/s11019-009-9198-7>
- Hofmann, B. (2010). Stuck in the Middle: The Many Moral Challenges With Bariatric Surgery *American Journal of Bioethics*, 10(12), 3-11. <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2010.528509>
- Hofmann, B. (2014a). Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *European Journal of Epidemiology*, 29(9), 599-604. <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-014-9920-5>
- Hofmann, B. (2014b). *Hva er sykdom?* Gyldendal Akademisk.

- Hofmann, B. (2016a). Medicalization and overdiagnosis: different but alike . *Medicine, Health care and Philosophy*, 19(2), 253-264. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-016-9693-6>
- Hofmann, B. (2016b). Obesity as a Socially Defined Disease: Philosophical Considerations and Implications for Policy and Care . *Health Care Analysis*, 24, 86–100. <http://dx.doi.org/10.1007/ s10728-015-0291-1>
- Hofmann, B. (2017a). Hva er "psyk-dom"? Sykdomsbegrepets etikk. In R. Pedersen and P. Nortvedt (Eds.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (pp. 122-152). Gyldendal Akademisk.
- Hofmann, B. (2017b). The overdiagnosis of what? On the relationship between the concepts of overdiagnosis, disease, and diagnosis. *Med Health Care Philos*, 20(4), 453-464. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9776-z>
- Hofmann, B. (2018). Looking for trouble? Diagnostics expanding disease and producing patients. *J Eval Clin Pract*, 24(5), 978-982. <https://doi.org/10.1111/jep.12941>
- Hofmann, B. (2019). Expanding disease and undermining the ethos of medicine. *Eur J Epidemiol*, 34(7), 613-619. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00496-4>
- Hofmann, B. (2020a). Biases distorting priority setting. *Health Policy*, 124(1), 52-60.
- Hofmann, B. (2020b). The first casualty of an epidemic is evidence. *J Eval Clin Pract*, Online version before print.
- Hofmann, B. (2021). Acknowledging and addressing the many ethical aspects of disease. *Patient Educ Couns*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.015>
- Hofmann, B. (2022 Revision under review). Managing the moral expansion of medicine *BMC Med Ethics*.
- Hofmann, B., Bond, K., and Sandman, L. (2018). Evaluating facts and facting evaluations: On the fact-value relationship in HTA. *J Eval Clin Pract*, 24(5), 957-965. <https://doi.org/10.1111/jep.12920>
- Hofmann, B., Cleemput, I., Bond, K., Krones, T., Droste, S., Sacchini, D., and Oortwijn, W. (2014). Revealing and acknowledging value judgments in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 30(6), 579-586. <https://doi.org/10.1017/s0266462314000671>
- Hofmann, B., and Welch, H. G. (2017). New diagnostic tests: more harm than good. *Bmj*, 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3314>
- Hofmann, B. M. (2019). Back to Basics: Overdiagnosis Is About Unwarranted Diagnosis . *American Journal of Epidemiology*, 188(10), 1812-1817. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwz148>
- Hofmann, B. M., and Lysdahl, K. B. (2021). Diagnostic Uncertainties in Medical Imaging. Analysing, Acknowledging and Handling Uncertainties in the Diagnostic Process. In F. S. Lalumera E (Ed.), *Philosophy of Advanced Medical Imaging* (pp. 13-30). Springer Nature. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-61412-6_2
- Hofmann, B. M., Reid, L., Carter, S., and Rogers, W. (2021). Overdiagnosis: one concept, three perspectives, and a model . *European Journal of Epidemiology (EJE)*, 36, 361-366. <http://dx.doi.org/10.1007/ s10654-020-00706-4>

- Honderich, T. (2005). *The Oxford companion to philosophy*. Oxford University Press
- Honkasilta, J. (2016). Voices behind and beyond the label: the master narrative of ADHD (de) constructed by diagnosed children and their parents.
- Huxley, T. H. (1873). *Critiques and addresses*. McMillan.
- Illich, I. (1975). *Medical nemesis: The expropriation of health*. Pantheon Books.
- Ioannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Med*, 2(8), e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
- Jamouille, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*, 4(2), 61-64. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>
- Jutel, A., and Buetow, S. (2007). A Picture of Health?: unmasking the role of appearance in health. *Perspect Biol Med*, 50(3), 421-434. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0032>
- Kaminsky, J., and Gadaleta, D. (2002). A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obesity Surgery*, 12(1), 14-18. <https://doi.org/10.1381/096089202321144513>
- Kara-Yakoubian, M., Walker, A. C., Sharpinskyi, K., Assadourian, G., Fugelsang, J. A., and Harris, R. A. (2022). Beauty and truth, truth and beauty: Chiasmic structure increases the subjective accuracy of statements. *Can J Exp Psychol*. <https://doi.org/10.1037/cep0000277>
- Keats, J. (2017). *Ode on a Grecian Urn (Complete Edition): From one of the most beloved English Romantic poets, best known for his Odes, Ode to a Nightingale, Ode to Indolence, Ode to Psyche, Ode to Fanny, The Eve of St. Agnes, Lamia, Hyperion and more*. e-artnow.
- Kevles, B. (1997). *Naked to the bone: Medical imaging in the twentieth century*. Rutgers University Press. <https://doi.org/10.1063/1.881857>
- Khushf, G. (2007). An agenda for future debate on concepts of health and disease. *Med Health Care Philos*, 10(1), 19-27; discussion 29-32. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9021-7>
- King, L. (1954). What is a Disease? . *Philosophy of Science*, 21(3), 193-203. <https://doi.org/10.1086/287343>
- Kingma, E. (2014). Naturalism about health and disease: adding nuance for progress. *J Med Philos*, 39(6), 590-608. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu037>
- Kirkengen, A. L., Ekeland, T.-J., Getz, L., Hetlevik, I., Schei, E., Ulvestad, E., and Vetlesen, A. J. (2013a). Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. In S. Hunskaar (Ed.), *Allmennmedisin*. Gyldendal Akademisk.
- Kirkengen, A. L., Ekeland, T.-J., Getz, L., Hetlevik, I., Schei, E., Ulvestad, E., and Vetlesen, A. J. (2013b). What constitutes competence? That depends on the task. *Scandinavian journal of primary health care*, 31(2), 65. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.782699>
- Kuipers, G., Franssen, T., and Holla, S. (2019). Clouded judgments? Aesthetics, morality and everyday life in early 21st century culture. *European Journal of Cultural Studies*, 22(4), 383-398. <https://doi.org/10.1177/1367549419861634>
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., and Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical

- review. *Psychological bulletin*, 126(3), 390. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.390>
- Lilleås, H. S. (2008, 05.03.). Vil skjønnhetsoperere Downs-barn. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/nyheter/innenriks/vil-skjonnhetsoperere-downs-barn/1653275.html>
- Massalha, S., and Keidar, Z. (2022). Image fusion: the beauty of the truth from the inside and out. *J Nucl Cardiol*. <https://doi.org/10.1007/s12350-022-02955-0>
- Mayerfeld, J. (1999). *Suffering and moral responsibility*. Oxford University Press on Demand.
- McAllister, J. W. (1998). Is Beauty a Sign of Truth in Scientific Theories? Why are some new theories embraced as beautiful, others spurned as ugly? Progress in science may require that aesthetic ideals themselves change. *American Scientist*, 86(2), 174-183. <https://doi.org/10.1511/1998.2.174>
- Mercuri, M., and Baigrie, B. S. (2019). What counts as evidence in an evidence-based world? *J Eval Clin Pract*, 25(4), 533-535. <https://doi.org/10.1111/jep.13220>
- Moncrieff, J., and Timimi, S. (2013). The social and cultural construction of psychiatric knowledge: an analysis of NICE guidelines on depression and ADHD. *Anthropol Med*, 20(1), 59-71. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.747591>
- Moynihan, R. (2012). Too much medicine, not enough mirth. *BMJ*, 345, e7116. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7116>
- Moynihan, R., and Smith, R. (2002). Too much medicine? *BMJ*, 324(7342), 859-860. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950716>
- Nielsen, T. H. (2005). Det statsliberale dilemma. Nye teknologier og gamle verdier i norsk biopolitik. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 22(2), 198-211. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2005-02-09>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *N Engl J Med*, 363. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Sabih, A., Sabih, Q., and Khan, A. N. (2011). Image perception and interpretation of abnormalities; can we believe our eyes? Can we do something about it? *Insights into imaging*, 2(1), 47-55. <https://doi.org/10.1007/s13244-010-0048-1>
- Schramme, T. (2007). The significance of the concept of disease for justice in health care. *Theor Med Bioeth*, 28(2), 121-135. <https://doi.org/10.1007/s11017-007-9031-3>
- Serlin, D. (2010). *Imagining illness: Public health and visual culture*. U of Minnesota Press. <https://doi.org/10.5749/minnesota/9780816648221.001.0001>
- Skrabanek, P., and McCormick, J. S. (1990). *Follies and fallacies in medicine*. Prometheus books.
- Skålevåg, S. A. (2020). *Radesyke*. Store medisinske leksikon på snl.no. Retrieved 25.06.2020 from <https://sml.snl.no/radesyke>
- Solbakk, J. H. (1995). *Medisinen som møtested og markeds plass*. Forum.
- Steiner, R. (1927). *Truth, beauty and goodness*. Anthroposophic Publishing Company.
- Stempsey, W. E. (2006). *Disease and diagnosis: Value-dependent realism* (Vol. 63). Springer Science and Business Media.

- Svendsen, L. F. H., and Säätelä, S. (2007). *Det sanne, det gode og det skjønne: en innføring i filosofi*. Universitetsforlaget.
- Tranøy, K. E. (1967). Asymmetries in ethics: on the structure of a general theory of ethics. *Inquiry*, 10(1-4), 351-372. <https://doi.org/10.1080/00201746708601498>
- Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge*. Sage.
- Twaddle, A. (1994). Disease, illness and sickness revisited. In A. Twaddle and L. Nordenfelt (Eds.), *Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health* (Vol. 18, pp. 1-18). Studies on Health and Society.
- Veit, W. (2021). Biological normativity: a new hope for naturalism? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(2), 291-301. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09993-w>
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5 grief scorecard: Assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry*, 12(2), 171-173. <https://doi.org/10.1002/wps.20053>
- Welch, H. G., Schwartz, L., and Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed : making people sick in the pursuit of health*. Beacon Press.
- Williams, B. (1984). The Scientific and the Ethical1. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 17, 209-228. <https://doi.org/10.1017/S0957042X00001991>
- Wootton, D. (2007). *Bad medicine: doctors doing harm since Hippocrates*. Oxford University Press.
- Young, A. (1995). Health and Disease - Anthropological Perspectives. In W. Reich (Ed.), *Encyclopedia of bioethics* (pp. 1097-1101). MacMillan.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>