

Monica Wegling

## Kultur menneskets byrde og sykdommens velsignelse

Kan medisinsk utredning- og intervensjon ha en selvstendig funksjon, uavhengig av det kurative?

Avhandling for graden doctor philosophiae

Trondheim, juni 2011

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Det medisinske fakultet  
Institutt for samfunnsmedisin



**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Doktoravhandling for graden doctor philosophiae

Det medisinske fakultet  
Institutt for samfunnsmedisin

© Monica Wegling

ISBN 978-82-471-2884-8 (trykt utg.)  
ISBN 978-82-471-2885-5 (elektr. utg.)  
ISSN 1503-8181

Doktoravhandling ved NTNU, 2011:169

Trykket av NTNU-trykk

## Sammendrag

# Kulturmenneskets byrde og sykdommens velsignelse

Kan medisinsk utredning og intervensjon ha en selvstendig funksjon uavhengig av det kurative?

Avhandlingens tema er hvorvidt enkelte helsetjenester, og særlig praksisen med tidlig diagnostikk, kan ha en tilleggsfunksjon utover det kurative, nemlig å lette det moderne menneskets eksistensielle utfordringer. Dette er i avhandlingen definert som kulturmenneskets *ubehag*.

Dette ubehaget er en tolkning av Sigmund Freuds oppfatning av at det enkelte individ (begrenset til de med vestlig kulturbakgrunn) opplever et eksistensielt ubehag som man på ulike måter forsøker å håndtere. Det er imidlertid mulig å overvinne dette ubehaget, men vi kan aldri bli lykkelige. Et annet perspektiv på kulturmenneskets muligheter for å leve i kulturen tar utgangspunkt i en tolkning av Friedrich Nietzsches litterære Zarathustra. Han mener å kunne gjøre seg fri og uavhengig av kulturens byrder, forutsatt at man har tilstrekkelig vilje til å gjøre det. Nietzsches begrep "vilje til makt" er i avhandlingen tolket til å være kulturmenneskets potensial for å frigjøre seg fra det nevnte ubehaget, og begrepsfestet til å oppnå- og beholde autonomi.

Avhandlingen drøfter hvordan kulturmennesket kan leve med ubehaget ved å dempe det slik den Freudianske tolkningen foreslår, da ved å benytte seg av gitte helsetilbud. Forutsetningen for dette er imidlertid at man har tillit til medisinsk behandling, og ønsker å benytte seg av disse. All den tid behandlingen får den enkelte til å oppleve mindre ubehag, behøver den ikke være av klinisk betydning. Dette gjelder for eksempel mammografi for brystkreft, der det er uenighet om effekten av undersøkelsene. Hvis den enkelte erfarer at ubehaget lindres, kan det være begrunnelse nok til å opprettholde tilbudet.

Det er imidlertid ikke gitt at kulturmennesket per definisjon erfarer et ubehag, eller opplever omkostninger ved å leve i kulturen. Disse har heller ikke behov for lindrende midler, og de omtalte helsetjenester vil heller ikke ha noen betydning i så måte.

Det originale i avhandlingen er at bestemte helsetjenester blir vurdert ut fra andre hensyn enn tradisjonell diagnostikk og eventuelt behandling. Sentralt står derimot byrden ved å leve i kulturen, og helsetjenestens funksjon blant annet som symbol og rutinemessig tilbud og/eller handling.

Resonnementet og konklusjonen vil kunne ha praktisk betydning i det helsetiltak skal vurderes opprettholdt eller ikke, og i hvilken grad de skal prioriteres. Der det vil være uklarheter om den medisinske nytten av et tiltak, vil det kunne være andre hensyn som forsvarer praksisen, slik som å lette kulturmenneskets eksistens. Dette vil så kunne være med på å legge føringer når helsetilbud og prioriterings spørsmål i helsetjenesten skal drøftes, både på lokalt, medisinsk og politisk plan.



## **Forord**

Denne avhandlingen er produkt av et tverrfaglig arbeid mellom samfunnsmedisin og idéhistorie. Temaet har vist seg å vekke stor interesse fra samtlige jeg har presentert det for, og jeg håper resonnementet og analysen som her foreligger oppfyller forventningene.

Arbeidet har vært en del av et større tverrfaglig prosjekt som pågikk i tidsrommet 2003-2007, finansiert og initiert av NTNU som ledd i satsning på tverrfaglig forskning. Prosjektet, BIOEMIT, var bygget på de fire aksene bioteknologi, biomedisin, bioinformatikk og bioetikk, der funksjonell genomforskning var den tematiske fellesnevneren. Jeg vil takke gruppen for mange spennende seminarer og møter, og innblikk i en annen verden enn den jeg selv tilhører. Ikke minst vil jeg rette en stor takk til prosjektleder Mette Langaas som administrerte gruppen og var til stor inspirasjon.

Siri Forsmo og Jon Arne Skolbekken initierte den delen av prosjektet denne avhandlingen representerer, og jeg vil takke for veiledning og en rekke gode innspill til arbeidet.

Som del av Institutt for samfunnsmedisin har jeg fått mulighet til å delta på en rekke seminarer og faglige møter som har vært svært lærerikt og til stor inspirasjon. Jeg har også lagt frem egne resultater og fått gode tilbakemeldinger. Takk til instituttet for et godt og stimulerende fagmiljø.

Jeg har også hatt gleden av å være en del av Bioetikkguppen, som har vært et interessant møtested for ulike disipliner omkring felles fagfelt.

FUGE (funksjonell genomforskning) er et større prosjekt på feltet funksjonell genomforskning i regi av Forskningsrådet. FUGE region Midt-Norge finansierte et studieopphold i London for å hente inn data hva angikk den delen av mitt arbeid som omhandlet genforskning, og jeg skylder organisasjonen en stor takk.

Under oppholdet i London hadde jeg mitt daglige virke ved The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine. Her hadde jeg fri tilgang på kontorplass, arkiv og alt jeg måtte ha behov for til mitt arbeid. Jeg vil særlig takke professor Anne Hardy for god mottakelse, og miljøet ellers for spennende seminarer og dager. En spesiell takk vil jeg rette til professor Chris Lawrence, som huset meg i flere måneder. Takk for omtanke, introduksjon til

westernfilmer og verdien av vakre blomster, for fantastiske middager og muligheten til så å si bo i et medisinsk bibliotek.

Jeg vil også rette en stor takk til Anne-Britt Gran, Svein Carstens, Thomas Dahl, Rune Nydal og Berge Solberg som har lest utkast, gitt meg interessante tilbakemeldinger og berettiget kritikk.

Videre skylder jeg en takk til min kollega og gode venn, Marit Solbjør ved Institutt for samfunnsmedisin for spennende samtaler, faglige drøftelser og for korreksjon av mitt verdensbilde. Jeg vil også takke Lars Ursin, som leste deler av avhandlingen og stilte gode og kritiske spørsmål. Takk også til begge for alle seminarene vi ikke avholdt.

Jeg vil også takke mine kollegaer i femte etasje ved Institutt for samfunnsmedisin for kaker, spennende diskusjoner og inspirasjon. Jeg vil savne dere alle.

Margrét Helgadóttir, Anette Wahlstrøm, Anne Louise Mørkved, Anne Fimreite, Sigrun Saur Stiklestad, Wenche Østerlie og Tone Lundgaard har på hvert sitt vis bidratt til avhandlingen slik den foreligger. Det samme gjelder min biologiske- og assosierte familie; min tante, Anna Brenna, Anne Marie Naglestad og Aud Jooste. Takk til hver enkelt av dere.

Endelig vil jeg rette en takk til min mor, Øyvor Ensrud Forsberg. Jeg vil takke henne for å ha hatt et så selvfølkelig forhold til at jeg skulle gjennomføre – ikke bare dette, men de fleste mer eller mindre ambisiøse prosjekter jeg har satt meg fore å gjøre. Hun har sett meg når jeg har behovd det, tatt meg med på reise når jeg trengte luft, kommet og vasket vinduer når jeg trengte påminnelse om verdien av det ordinære. Og ikke minst – av og til er det godt å bli forstått uten å behøve å forklare. Tusen takk.

Det er mange flere å takke, som har gjort min tilværelse morsom, krevende og minneverdig de siste årene, men det er ikke plass til å nevne alle her. Dere vet selv hvem dere er.

Trondheim, desember 2010  
Monica Wegling

”Ironically, the healthier the Western society becomes, the more medicine it craves; indeed, it comes to regard maximum access to medicine as a political right and a private duty.”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Porter, Roy: *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge University Press, 2001 (1996), s. 13





## Innhold

<b>DEL I</b> .....	<b>3</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Kap. 1 Introduksjon</b> .....	<b>5</b>
1. Avhandlingens tema, oppbygging og målsetting .....	5
2. Begrepsavklaringer.....	10
3. Metode.....	44
4. Teoretisk perspektiv .....	49
5. Valg av eksempler .....	56
6. Valg av kilder .....	63
7. Avgrensninger .....	64
<b>DEL II</b> .....	<b>67</b>
<b>Ubehaget: Teoretisk grunnlag for problemstillingen</b> .....	<b>67</b>
<b>Kap. 2 Tilværelsen er ikke til å holde ut</b> .....	<b>69</b>
1. Kulturmenneskets byrde. Men hva er ubehaget?.....	69
2. Religionen som lindrende middel.....	72
3. Innvending: Religionens autoritet svekkes.....	75
4. Den universelle religionen er borte, men kan den lindre ubehaget likevel? .....	81
5. Lindring av ubehaget <i>uten</i> illusjoner: psykoanalysen .....	85
<b>Kap. 3 Oppsummering</b> .....	<b>91</b>
<b>DEL III</b> .....	<b>93</b>
<b>Hvordan helsetjenesten kunne bidra til å lindre ubehaget</b> .....	<b>93</b>
<b>Kap. 4 Omsorg blir en prioritert politisk oppgave. Kan det ha betydning for ubehaget?</b> .....	<b>95</b>
1. Systematisk helsetjeneste for folkets helse, men kan den også lindre ubehaget? .....	95
2. Humanisme på makronivå, individet på sidelinjen.....	103
3. Kan <i>deler</i> av helsetjenesten lindre ubehaget? Tiltak mot presumptivt friske .....	110
4. Ubegagat lindres, men dempes – eller avledes – det? .....	127
<b>Kap. 5 Oppsummering</b> .....	<b>130</b>
<b>DEL IV</b> .....	<b>133</b>
<b>Sykdomsbildet endrer seg: betydning for kulturmennesket</b> .....	<b>133</b>
<b>Kap. 6 Tuberkulosen går tilbake, nytt sykdomsbilde tar form</b> .....	<b>135</b>
1. Felles frykt lindret ubehaget – men så gikk trusselen tilbake.....	135
2. Nytt sykdomspanorama: Hva overtar tuberkulosens plass? .....	145
3. Kreft prioriteres, men hvordan skal den angripes? .....	151
4. I glemmeboken for lege og pasient .....	156
5. Sykdommen preger kulturen likevel, men ubehaget lindres ikke.....	160
<b>Kap. 7 Nytt sykdomsbilde gir nye lindrende midler?</b> .....	<b>165</b>
1. Kan lovreguleringer utgjøre en overbygning? .....	165
2. Kan et spesifikt helsetilbud lindre ubehaget? .....	172

<b>Kap. 8 Oppsummering .....</b>	<b>182</b>
<b>DEL V .....</b>	<b>185</b>
<b>Var kulturmennesket så preget av ubehaget, og kan helsetjenesten bidra til autonomi? .....</b>	<b>185</b>
<b>Kap. 9 Var religionen så viktig og ubehaget så sterkt? .....</b>	<b>187</b>
1. Forutsetningene endres og nye spørsmål fremmes .....	187
2. Kulturmenneskets perfektion dyrkes: tegn på sterk autonomi og avstand til naturmennesket .....	190
3. Samme tendenser, motsatt betydning .....	200
<b>Kap. 10 Kunne bruk av helsetjenestene ha potensial til å gi autonomi? .....</b>	<b>212</b>
1. Medikaliseringens alvorlighetsgrad .....	212
2. Pasientens maktpotensial .....	221
3. Er makten en illusjon – og vil den brukes? .....	229
<b>Kap. 11 Nye diagnostiske metoder: betydning for kulturmenneskets ubehag? .....</b>	<b>238</b>
1. Fremtidig diagnostikk .....	238
2. Genomisk diagnostikk: betydning for kulturmenneskets ubehag .....	243
3. Når diagnostikken blir for presis? .....	248
4. Den genomiske diagnostikkens rolle for det autonome kulturmennesket .....	252
<b>Kap. 12 Oppsummering .....</b>	<b>257</b>
<b>DEL VI .....</b>	<b>261</b>
<b>Har medisinen og teknologien virkelig til hensikt å gjøre pasienten frisk? .....</b>	<b>261</b>
<b>Kap. 13 Medisinsk praksis: for folkets velferd? .....</b>	<b>263</b>
1. Har premissene til nå vært riktige? .....	263
2. Handler medisinsk forskning og praksis om å gjøre folk friske? .....	266
3. En innvending .....	275
<b>Kap. 14 Oppsummering .....</b>	<b>281</b>
<b>DEL VII .....</b>	<b>283</b>
<b>Avsluttende refleksjoner og konklusjon .....</b>	<b>283</b>
<b>Kap. 15 Fra teori til praksis .....</b>	<b>285</b>
1. Sammendrag .....	285
2. Hvorfor trenger vi denne debatten .....	291
3. Moralsk akseptabelt? En innvending .....	293
4. Problemstillinger som er utelatt .....	302
5. Konklusjon .....	303
<b>Referanser .....</b>	<b>305</b>

# **Del I**

## ***Innledning***



## **Kapittel 1 Introduksjon**

### **1. Avhandlingens tema, oppbygging og målsetting**

Mitt anliggende i denne avhandlingen er å drøfte muligheten for om deler av velferdsstaten, og da ulike former for helsetjenester, kan ha andre eller flere funksjoner enn det som er knyttet til befolkningens fysiske og psykiske helse konkret. Dette kan være å gjøre tilværelsen til å holde ut generelt sett, eller å bidra til å utvikle individets innflytelse på eget liv.

Problemstillingen betinger to premisser; for det første at befolkningen til enhver tid er preget av eksistensielle utfordringer som følger av å være et sivilisert menneske, og at den vil søke strategier for å håndtere dette. For det andre at helsetjenesten som institusjon har en sentral rolle i befolkningens bevissthet og liv.

Grunnen til at nettopp denne problemstillingen er viktig å drøfte, er at helsetjenesten er en sektor som i stor grad er gjenstand for debatt, og der prioriteringsspørsmålet står sentralt. Debatten går ofte i forhold til hvilke tiltak som skal anses som levedyktige og som skal få økonomisk og politisk støtte, og hvilke som skal nedprioriteres. Beslutninger tas som regel etter vurdering av hvorvidt den helsemessige fortjenesten kan veie opp for ulemper av både personlig og økonomisk karakter.

Den konkrete helsegevinst er vanskelig målbar, men i grove trekk kan vi si at helsegevinst vil være å komme så nær statens uttalte helsemål som mulig, der stikkord som livskvalitet og levealder er viktige. Grunnleggende i debatten om helsetilbud og prioriteringer er at det enkelte helsetilbud skal ha en klar helsemessig avkastning, i form av størrelser som nettopp lengre levealder, redusert sykelighet eller økt livskvalitet. Dette måles gjerne direkte, der tjenestens formål settes opp mot resultatet. Det er imidlertid problematisk å komme til enighet om prioriteringsspørsmålene, ettersom det er to viktige aktører involvert med interesser som ikke nødvendigvis harmonerer: den enkelte og samfunnet. Derfor vil debatten alltid skje på to nivåer: mikronivået der den enkeltes liv og skjebne står sentralt, og makronivået der samfunnsøkonomi og overordnede hensyn vektlegges. I hvilken grad et helsetilbud skal forsvares, drøftes i henhold til disse gruppens argumenter.

Jeg vil imidlertid drøfte helsetiltakenes funksjon fra en annen vinkling enn dem som er nevnt, nemlig hvorvidt et helsetilbud kan ha frittstående verdi og betydning uavhengig av den klinisk målbare verdien. Med andre ord om et helsetilbuds primærhensikt – å gi en helsemessig fortjeneste – ikke alltid behøver å være avgjørende for om man skal opprettholde et helsetilbud. Helsetiltakene trenger i så fall ikke å ha med sykdom, smerte og helbred å gjøre primært, men kan ha sideeffekter som kan være viktige nok til å forsvare tiltakene.

Den eventuelle sideeffekten medisinske tiltak kan ha, gjelder noen av de eksistensielle utfordringene det innebærer å leve som et kultivert menneske av en vestlig kultur. Det vil altså ikke kun være kliniske forhold som kan forsvare et helsetiltak, men også andre faktorer.

Målsetting med avhandlingen vil være å se helsetjenesten – her eksemplifisert ved en bestemt praksis – i forhold til mulige problemstillinger av eksistensiell karakter, og drøfte dens rolle utover dens kliniske funksjon. Jeg vil også drøfte spørsmålet og argumentasjonen omkring å skulle opprettholde et medisinsk tilbud der den kliniske nytten er usikker eller virke mot sin opprinnelige hensikt.

### **Oppbygging og kapittelinndeling**

Avhandlingen består av 15 kapitler organisert i syv deler. Første del er innledning med begrepsavklaringer og utredning av premissene for avhandlingen, mens i den siste delen vil avhandlingens hovedpoeng oppsummeres og drøftes før jeg trekker en endelig konklusjon.

Del II presenterer problemstillingens grunnleggende premiss: ubehaget det medfører å være menneske. Det teoretiske grunnlaget i avhandlingen er utledet fra Sigmund Freuds teori om kulturmenneskets kulturoffer, lidelser og overlevelsesstrategier. Jeg vil så drøfte Friedrich Nietzsches tro på menneskets evne til å rive seg løs fra både eventuell lidelse og behov for strategier for å holde ut, men først senere i avhandlingen. Det vil først være ubehaget som vektlegges, og *kulturmennesket* som objekt for analysene bygger på Freuds utlegning av det. *Kulturmennesket* slik det er benyttet i avhandlingen, er mennesket slik det fremstår som del og produkt av den

kulturen de selv har etablert, men som likevel krever forsakelser. Disse forsakelsene skaper et ubehag som man med ulike midler forsøker å håndtere. Freud legger særlig vekt på religionen som et lindrende middel.<sup>1</sup> Religionen virker avledende på kulturmenneskets ubehag; den lindrer, men på bekostning av evnen til å agere rasjonelt. Religionen vil i denne sammenhengen benyttes som et eksempel på hvordan kulturmenneskets ubehag kan lindres på en avledende måte slik Freud viste. Når problemstillingen drøftes senere i avhandlingen, vil ulike former for helsetjeneste drøftes med tanke på å lindre ubehaget. Dette vil da ikke være en erstatning for religionen, men en institusjon som har tilsvarende trekk ved seg når det gjelder den spesifikke problemstillingen som behandles her.

Et annet alternativ kulturmennesket har for å håndtere ubehaget, er å overvinne det, og dermed kunne leve med det uten lindrende midler. Her vil jeg ta utgangspunkt i Friedrich Nietzsches synspunkt om at mennesket har evne til å beholde sin integritet uten religionen. I denne sammenhengen vil det si å leve som autonome kulturmennesker uten å ha behov for lindrende midler. Dette vil gjøres nærmere rede for under kapittel 1.4 "Teoretisk perspektiv", og drøftes i del V.

Jeg vil slutte meg til ideen både om ubehagets eksistens og om at religionen på et tidspunkt hadde sider ved seg som kunne lindre dette ubehaget. I del III vil jeg studere institusjoner i vår tid og vår kultur som kan ha betydning for ubehaget. For å illustrere hvordan ubehaget kan ha innvirkning på kulturmennesket, vil jeg gjøre rede for hvordan dette skjer i religionens og dermed det lindrende middelets fravær. Dette vil fungere som en modell som korresponderer med Freuds teori, men ikke som en utlegning av religionens rolle som sådan.

Den aktør i kulturen jeg vil undersøke om kan ha en sentral funksjon når kulturmenneskets ubehag skal lindres, er helsetjenesten. Grunnen til at nettopp helsetjenesten er en egnet institusjon å undersøke, er at den forvalter grunnleggende eksistensielle spørsmål som liv og død, og dermed også berører de to av kildene til ubehag som Freud nevner som grunnleggende; naturens overmakt og kroppens skrøpeligheit (se kap. 2.1).

---

<sup>1</sup> For utdyping av *ubehaget*, se kap. 1.4 "Teoretisk perspektiv"

For at noe skal kunne ha en funksjon som et lindrende middel for det ubehaget kulturmennesket erfarer, tar jeg utgangspunkt i at det må være en altomfattende og konkret størrelse; det må angå hvert enkelt individ, være en tydelig og konkret institusjon i samfunnet. Dette vil jeg definere som *overbygning* siden i avhandlingen (se kap.1.2). Helsetjenesten som institusjon i samfunnet og som mulig ekvivalent for det lindrende middelet Freud mente religionen var, vil fremstilles med konkrete eksempler. I avhandlingen vil dette være de tiltak som ble etablert og gjennomført i forhold til tuberkulose, og den kulturen og institusjonen den til slutt representerte.

Når jeg velger å la tuberkulosebekjempelsen være et sentralt eksempel i avhandlingen, skyldes det at denne sykdommen var en av de virkelig store folkesykdommene og utfordringene for folkehelsearbeidet i vår historie, og ble utgangspunkt for mye av utviklingen og etableringen av det organiserte helseforebyggende arbeidet. Viktig er også den sterke symbolbetydningen tuberkulosen har hatt som fundament i kulturen og utgangspunkt for trygghet og samhold. Den ble en del av kulturen, noe utenfor mennesket som hadde stor betydning for kulturmenneskets mulighet for å håndtere ubehaget. Sykdommen var ikke desto mindre en dødelig sykdom, stigmatisering av syke og smittede forekom, og i og med smittefaren var hele befolkningen i faresonen. Dette kan igjen ha bidratt til å styrke ubehaget, ettersom mennesket blir påminnet sin svakhet.

Tuberkulosen som folkesykdom var særlig utbredt på begynnelsen av 1900-tallet, og drøftingene i del III relateres til denne perioden og de tiltak som ble iverksatt her.

Ved midten av århundret ser vi imidlertid en endring i sykdomstilfeller, dødsraten går ned, og andre helsetrusler og sykdommer blir truende. Hvis vi antar at tuberkulosen og bekjempelsen av den også har hatt en funksjon i å lette kulturmenneskets ubehag, blir neste spørsmål hva som skjer når den går tilbake. Dette vil drøftes i del IV.

Det karakteristiske med tuberkulosen og som ga den potensialet til å ha en lindrende effekt på ubehaget, var at den var smittsom og derfor angikk de aller fleste. Da den gikk tilbake, ble sykdomsbildet endret, og det var ikke-infeksjonssykdommer som ble den nye trusselen for befolkningens helse. Men selv om smitteaspektet hadde vært



vesentlig i resonnementet rundt tuberkulosen som kjerne for det som skulle lindre ubehaget, var det også andre elementer i tilknytning til det nye sykdomsbildet som gjorde at den kunne ha en slik funksjon, for eksempel politiske endringer og etablering av nye sosialpolitiske institusjoner. Jeg vil så drøfte om ikke bare sykdommen i seg selv, men i tillegg andre elementer i kulturen kunne bidra til at den kunne få en slik rolle vi er ute etter: å danne en overbygning for kulturmennesket som kunne ha effekt på ubehaget.

Jeg vil kort drøfte velferdsstaten som en mulig ramme for å kunne dempe kulturmenneskets ubehag, før helsetjenesten som konkret del av denne studeres ut fra samme problemstilling. Nå er helsespørsmål blitt et politisk anliggende, og angår hele befolkningen. Lovreguleringer og instanser etableres og gjør feltet mer konkret, og jeg vil drøfte i hvilken grad denne institusjonen som er tenkt ivaretagende overfor hele befolkningen, kan være med på å lindre ubehaget kulturmennesket erfarer.

Utgangspunktet for den problematikken som til nå er blitt drøftet, har vært ubehaget Freud hevdet det medførte å være kulturmenneske. Dette vil utfordres i del V. Definisjonen av kulturmennesket og de utfordringer det står overfor, vil fremdeles gjelde, men to punkter som til nå er tatt som en selvfølge skal drøftes; at ubehaget virkelig var så sterkt som hittil antatt, og at helsetjenesten og medisinsk virksomhet virkelig representerte en slik autoritet som forutsatt til nå. Jeg vil se på tendenser i kulturen som kan tyde på at kulturmennesket hadde opparbeidet tilstrekkelig avstand til naturmennesket og ikke lenger erfarte ubehaget.

Jeg forutsetter nå at menneskene har en iboende evne og mulighet til å agere som frie mennesker med selvbestemmelse og autoritet over egne valg og liv. Jeg vil presentere dette perspektivet med utgangspunkt i Friedrich Nietzsches oppfatning av det potensielle frie mennesket. Dette omtales grundigere i kapittel 1.2 "Begrepsavklaringer". I dette perspektivet vil medisinsk praksis og autoritet bli stilt på prøve. Gitte helsetilbud har til nå hatt en vesentlig betydning for kulturmenneskets prosjekt med å lindre ubehaget, men skal her drøftes med spørsmål om det i stedet kan benyttes i kulturmenneskets prosjekt om å leve uten lindrende midler og uten ubehag. Jeg forstår dette som å overvinne ubehaget, og det vil begrepsfestes som å oppnå, utvikle og oppnå *autonomi* (se kap. 1.4).

Del V avsluttes med å drøfte problemstillingen mot en type diagnostikk som er under utvikling og som ventelig vil bli mer presis enn hva vi har tilgang til i dag. Det er flere typer diagnostikk som er under utvikling, og i denne sammenhengen vil det være diagnostikk på grunnlag av genetikk – her begrepsfestet som *genomisk diagnostikk* – som vil brukes (se kap. 1.2). Denne type diagnostikk er foreløpig i en tidlig fase, og mulighetene er begrenset. I avhandlingen vil det imidlertid bli tatt utgangspunkt i en idealtipe, der diagnostikken tenkes både å kunne anvendes på flere helsetilstander enn i dag og å være presis. Dette er fundert på de forventningene som er knyttet til fremtidig diagnostikk.

I avhandlingens nest siste del, del VI, skal et grunnleggende premiss for resonnementet utfordres, nemlig at medisinsk praksis og teknologi det hele tatt har til hensikt å gjøre befolkningen frisk. Jeg vil da presentere flere eksempler på at ulike praksiser kan være betenkelige for den kliniske verdien for pasienten eller brukeren, og som gjør denne problemstillingen relevant.

I siste del vil jeg oppsummere avhandlingens ulike momenter og presentere en avsluttende drøfting og konklusjon.

## **2. Begrepsavklaringer**

Jeg vil i noen grad benytte meg av begreper hentet fra medisinsk fagterminologi, begreper utledet fra bestemte teorier, samt betegnelser på ulike institusjoner av politisk og sosial karakter som virker som aktører i samfunnet. I mange tilfeller er begrepene benyttet slik man vanligvis ser dem benyttet i sammenhenger og ikke isolert, som for eksempel ”medisin” og ”helse”. Andre ganger benytter jeg meg av begreper kjent fra bestemte sammenhenger, men som likevel defineres særskilt. Hvilke tilstander som krever ”lindring”, er eksempel på dette, så også hva ”avledning” og ”demping” av ubehaget innebærer. Det vil også forekomme en rekke medisinske termer som, selv om de er kjent for mange, likevel vil kunne være opphav til misforståelser. Nedenfor vil jeg derfor presentere definisjoner av de mest sentrale begreper brukt i avhandlingen.

Enkelte begreper står sentralt, så som ”ubehaget” og ”psykoanalysen”. Disse vil ikke drøftes inngående i dette kapittelet, men presenteres grundig der det teoretiske grunnlaget for avhandlingen gjøres rede for.

### **Natur og kultur**

Grunnleggende i avhandlingen er skillet mellom natur- og kulturmennesket. Begrepene er hentet fra Sigmund Freuds bok *Ubehaget i kulturen*, der kulturofferet – de konsekvensene det medførte å ville være kultivert mennesker – drøftes, samt hvilke strategier som kreves for å holde ut.<sup>2</sup>

Naturen og naturmennesket, slik Freud fremstiller det, er som en konkret størrelse. Jeg vil fastholde denne illustrasjonen, der det primitive naturmennesket endrer status til det dannede kulturmennesket. I denne fremstillingen var mennesket i utgangspunktet et produkt av naturen, og det var drifter og instinkter som var drivkraften for handlinger og overlevelse. Slik menneskene lever i sivilisasjonen, må imidlertid denne type tilbøyeligheter undertrykkes. Rasjonaliteten og dannelsen, og de begrensningene denne gir, er konsekvenser av å tilhøre kulturen.

Når naturbegrepet benyttes om mennesket, er det ikke neandertalerliknende individer det siktes til bokstavelig, men de drifter og tilbøyeligheter i menneskene jeg antar ligger latent og som må dempes for å kunne leve som dannede kultiverte mennesker: det uansvarlige, impulsive.

Begrepene natur/kultur vil vise til menneskets tilbøyeligheter og drifter versus de krav det siviliserte livet stiller til dannelsen og til å følge skrevne og uskrevne regler. Kulturbegrepet vil vise til det som er menneskeskapt og konstruert.

En gunstig illustrasjon på anvendelse av kulturbegrepet i det alminnelige er i forbindelse med landskap. Begrepet ”kulturlandskap” viser til deler av naturen og omgivelser som er formet av mennesker til rasjonelle formål. I motsetning står naturen, som er uberørt og opprinnelig. Den vil ikke følge annen rasjonalitet enn naturens egen syklus. Overført til problemstillingen presentert her vil

---

<sup>2</sup> Freud, Sigmund: *Ubehaget i kulturen*, 1993(1992)(1930)

kulturmennesket være det som er formet etter sosiale og rasjonelle kriterier. Jeg har tatt utgangspunkt i Freuds teori om at kulturmennesket har ofret sin opprinnelige spontanitet og tilhørighet til naturen for i stedet å kunne leve i kulturen. Dette innebærer imidlertid en dannelse som legger bånd på impulsivitet og seksualitet, hvilket fører til ubehaget.

Jeg kommer tilbake til dette i del II ”Teoretisk grunnlag”, men tesen om at kulturmennesket faktisk erfarer et ubehag ved å måtte undertrykke denne type drifter, ligger som et premiss i avhandlingen, og drøftes ikke inngående.

### **Kulturell overbygning**

Freud mente at menneskene aldri ville bli lykkelige, men i beste fall kunne holde ut tilværelsen uten at ubehaget ble for sterkt. Som jeg går nærmere inn på i del II, er forutsetningen for at ubehaget skal kunne modereres at man benytter seg av lindrende midler. Jeg tar utgangspunkt i at for at noe skal kunne være et lindrende middel, må det ha en altomfattende størrelse som berører hver enkelt, og samtidig danner en ramme og helhet omkring kulturen. Det vil omfatte overordnede verdier, strukturer, vaner og kutymer som ligger utenfor det enkelte individ og danner et felles fundament og en felles referanseramme. Religionen – i denne sammenhengen regnet som den vi kjenner fra vestlig kultur – hadde en slik funksjon, i at den gjennomsyret kulturen på alle plan.

I mangel på passende begrep for dette vil jeg låne det marxistiske begrepet ”overbygning”. I marxistisk terminologi er begrepet anvendt for å beskrive hvordan det kapitalistiske samfunnet fungerer. ”Overbygning” representerer der de overordnede faktorene i samfunnet, så som de immaterielle forholdene, de til enhver tid gjeldende verdier som er tuftet på kapitalistisk funderte normer. ”Overbygning” er slik sett de grunnleggende verdier og normer et system er basert på og som ligger til grunn for alt vi foretar oss, som vi handler etter og som vår frihet er begrenset/utvidet til.

Begrepet vil anvendes på tilsvarende vis i denne avhandlingen, nemlig som det som på en eller annen måte gir menneskene følelsen av en forankring til noe større, utenfor seg selv, og som kan være beskyttende og ivaretagende. Jeg forutsetter at

slike overbygninger er grunnleggende for at kulturmennesket skal kunne leve tilfredsstillende liv, og for å kunne håndtere ubehaget.

Når jeg i avhandlingen vil benytte meg av begrepet ”overbygning”, vil det være slik det er definert her, og må ikke forveksles med marxistisk teori generelt, der begrepet kun er en del av en større helhet. I motsetning til marxistisk teori ser jeg ikke på overbygningen som noe som nødvendigvis disiplinere, undertrykker eller skaper ubalanse, men heller noe som har potensial til å gjøre mennesket trygt ved å beskytte det og representere en trygg overordnet størrelse.

For å klargjøre distinksjonen ytterligere skal jeg sette begrepet i sammenheng med et begrep anvendt i samfunnsforskningen; diskursbegrepet.

Diskursbegrepet kan defineres på ulike måter, og hører til innenfor sosiologien og samfunnsforskningen. Jeg benytter meg av begrepet som et hjelpemiddel for å klargjøre hvordan jeg vil drøfte det som vanligvis ses på som en konkret institusjon eller et tiltak, som et altovergripende system. Diskursbegrepet definert på følgende måte er dekkende for hvordan jeg bruker eksempelvis folkehelsebegrepet som diskurs:

”(...) en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på.”<sup>3</sup>

Folkets helse berører grunnleggende verdier hos befolkningen. På samme måte som andre tendenser har gjennomsyret vår kultur på godt og vondt, mener jeg at også helsespørsmål representerer det samme. Slik finner jeg at diskursbegrepet er anvendelig for å dekke dette. Diskursen omkring folkets helse innebærer slik jeg ser det i all hovedsak tre momenter:

---

<sup>3</sup> Jørgensen, Marianne Winther; Phillips, Louise: *Diskursanalyse som teori og metode*, 1999, s. 9 (oversatt fra dansk av Monica Wegling)

1. En samling *verdier* som innebærer et syn på at menneskets helse skal ivaretas kurativt og preventivt.
2. *Politiske drøftinger og målsettinger.*
3. *Konkrete tiltak og hendelser.* Dette siste kan være ulike former for diagnostikk, og tiltak som skal helbrede eller lindre sykdom og smerte.

Fordi også diskursbegrepet er omdiskutert i fagkretsene, har jeg ikke funnet det hensiktsmessig å benytte meg av det i avhandlingen. Men slik jeg nå har gjort rede for, vil mitt begrep ”overbygning” bety en krysning av den marxistiske overbygningen og det samfunnsvitenskapelige diskursbegrepet.

”Overbygning” slik begrepet er anvendt i avhandlingen, er dermed summen av alle kulturelle komponenter som omgir oss.

### **Helsevesen og helsetjeneste**

Begrepene helsevesen og helsetjeneste henviser begge til organisert helseomsorg i offentlig eller privat regi, med klare retningslinjer og intensjoner. Når begrepet ”vesen” anvendes, kan det se ut til at institusjonen er en selvstendig aktør, med egne mekanismer og reaksjonskjeder. Jeg vil i avhandlingen benytte meg av begrepet ”helsetjeneste”, da jeg mener ”tjeneste” mer enn ”vesen” reflekterer det jeg drøfter: konkrete helsetilbud som er organisert med klare og uttalte intensjoner, som er politisk styrt og organisert. Begrepet vil også romme de ulike tjenester befolkningen blir tilbudt, og som er sentrale i drøftingene. I motsetning til ”vesen” blir ordningen forstått som en tjeneste som blir tilbudt og eventuelt anvendt, og ikke en selvstendig aktør. Begrepet brukes imidlertid som et bestemt tilbud, for eksempel når det drøftes om pasienten er ”avhengig av (...) helsetjenesten” (s. 250).

I offentlige dokumenter er imidlertid de to begrepene anvendt om hverandre, og begrepet ”helsevesen” vil derfor forekomme der det har vært nødvendig å presentere direkte sitat. I det alminnelige vil det likevel være begrepet ”helsetjeneste” som er anvendt i avhandlingen.

## Medisin

Begrepene ”medisin” og ”medisinsk” brukes hyppig i avhandlingen. Som substantiv kan begrepet romme to betydninger: *Legevitenskap* (medisin som fagfelt; kunnskap om – og studier av –) eller *legemiddel* (medikament).<sup>4</sup>

I hovedsak vil begrepet anvendes når selve profesjonen omtales. Et eksempel vil være i kapittel 13, der spørsmålet stilles: ”Medisinsk praksis: for folkets velferd eller forskningen selv?” Her er det legevitenskapen som profesjon og utøvelsen av den det vises til, inkludert medisinsk forskningsaktivitet.

Begrepet kan ha bestemte og konkrete betydninger, som ”medisinsk undersøkelse”, ”medisinsk terminologi” eller ”medisinsk intervensjon”. Disse begrepene vil være betegnelser for henholdsvis undersøkelser av helserelatert karakter, terminologi som angår denne bestemte vitenskapen og ulike former for å gripe inn i en organismes naturlige prosesser. Betydningen av begrepene vil enten være særskilt fremhevet i teksten eller komme frem av sammenhengen.

Adjektivet ”medisinsk” vil være dekkende for det som angår medisinen.

## Definisjon av diagnose

Begrepet diagnostikk (av gr. diagnose: ”erkjennelse”) – å stille en diagnose – er tradisjonelt forstått som det å bestemme symptomer og sykdommer på grunnlag av det pasienten oppgir som sine plager – på de *symptomer* hun eller han beskriver. En *diagnose* er med andre ord navn på den sykdommen man har med å gjøre, mens *symptomer* henspiller på pasientens egen opplevelse. Dette er tilstander pasienten selv opplever, men som ikke nødvendigvis kan påvises objektivt, som for eksempel svimmelhet, angst eller kvalme.<sup>5</sup>

I denne avhandlingen vil diagnostikk i forkant av at symptomer viser seg, stå sentralt. Her vil en diagnose bli satt på bakgrunn av konkrete funn, etter undersøkelse av

---

<sup>4</sup> Guttu, Tor (red): *Aschehoug og Gyldendals Store norske ordbok*, 1992

<sup>5</sup> Definisjoner i *Norsk medisinsk ordbok* (Øyri): Diagnose: ”Namn på den sykdommen som ligg føre; avgjerd om kva for ein sjukdom pasienten har”, Symptom: ”Sjølopplevde merke eller teikn på sjukdom; symptom er subjektive”

symptomfrie individer tilhørende risikopopulasjonen. Utvelgelsen vil være basert på risikovurdering ut fra epidemiologiske kriterier: Man identifiserer risikopopulasjonen for en bestemt sykdomstilstand, og tilbyr undersøkelser enten som organisert program for masseundersøkelser eller på grunnlag av legen eller pasientens ønske om undersøkelse. Dette begrepsfestes som presymptomatisk diagnostikk, da med utgangspunkt i definisjonen av diagnostikk som er gjort rede for.

### **Risiko og risikosamfunnet**

Risikobegrepet er sentralt i avhandlingen, da presymptomatisk diagnostikk/helsemessige undersøkelser av symptomfrie gjøres nettopp på grunnlag av antatt risiko for å rammes av den aktuelle sykdommen.

Begrepet brukes blant annet for å begrunne de medisinske tiltak som drøftes; risiko for konkret sykdom og død gjør at man ønsker å iverksette tiltak slik at risikoen blir mindre. Det brukes også for å forklare noe av ubehaget kulturmennesket erfarer: Sykdom er naturens gang, og mennesket har ikke kontroll over dette. Naturens gang rammer mennesket og viser kroppens skrøpelighet. Kulturmenneskets ubehag bunner i begrensninger i å kunne kontrollere kildene til ubehag, og dermed er dette en situasjon som styrker ubehaget. Det er kunnskapen om mulig sykdom som er kulturmenneskets skjebne, for kunnskap betyr også innsikt i hva man ikke vet. Risiko handler om fremtid, om noe som fremdeles ikke har hendt, men som kan hende vil gjøre det.<sup>6</sup> Komponenter som usikkerhet og frykt blir sentrale, samtidig som disse er en påminnelse om kulturmenneskets begrensninger og tilkortkommenhet.

Sosiologen Anthony Giddens hevder risikoforståelsen endret seg med moderniteten, da det ikke lenger var naturen som medførte risiko, men mennesket selv. Han nevner eksempelvis trusler som orkaner, jordskjelv og andre naturkatastrofer, som tidligere ble forklart med naturens lunefullhet, men nå i større grad forklares med menneskets inngripen i naturen.<sup>7</sup>

Selv om religionen ikke kunne forhindre frykten og risikoen for å rammes av noe grusomt, hadde man en forklaring på hvorfor. Når vi risikerer katastrofe i vår

---

<sup>6</sup> Bech, Ulrich: *Risiko og frihet*, 1997, s. 43

<sup>7</sup> Giddens, Anthony: *Modernitetens konsekvenser*, 1997, s. 82



verdslige kultur, er det vanskelig å finne noen mening i det eller å vite utfallet av hendelsen. Derfor er kjennskap til risikoen for katastrofen, sykdom og død viktige for oss, fordi den gjør oss oppmerksom på farene og gir mulighet til å komme den i forkjøpet.

Når mennesket i større grad er ansvarlig for det som går galt, blir det også vårt eget ansvar å dempe risikoen eller komme krisene i forkjøpet.

I avhandlingen er det risiko i forhold til helse som blir drøftet. Begrepet risikosamfunn i denne sammenhengen blir dermed den tilværelsen vi lever i der vi er omgitt av farer og risiko, der det er stor oppmerksomhet rundt dette og det settes inn tiltak for å dempe eller komme risikoen i forkjøpet.

Begrepet benyttes i stor grad av kritikere om det de anser som en voksende kultur av bekymring for ting som kan skje, og der befolkningen i økende grad handler på grunnlag av antatt fare for at noe kan skje, fremfor å vente til det eventuelt har skjedd.

John-Arne Skolbekken introduserer begrepet *risikoepidemi* om dette, og viser til en radikal økning av begrepet ”risiko” i den medisinske litteraturen. Han eksemplifiserer dette med at det i den medisinske litteratordatabasen *Medline* ble registrert i underkant av tusen artikler med begrepet ”risiko” i tittelen eller sammendrag i siste halvdel av 1960-tallet, mens det i løpet av 1990-tallet ble publisert over 250 000 slike artikler.<sup>8</sup>

Risikobegrepet regnes her altså som et moderne begrep som omhandler mulig fare, som igjen gjør ubehaget styrket fordi det understreker menneskets utilstrekkelighet både overfor kroppen og naturen.

---

<sup>8</sup> Skolbekken, John-Arne: ”Risiko for sykdom – vår tids epidemi?” i Swensen, Elisabeth (red): *Diagnose: Risiko*, 2000, s. 99

### **Ulike undersøkelser**

Sentralt i avhandlingen er den eventuelle rollen diagnostisering og behandling av faktisk sykdom, eller forstadiet til den, har i det jeg har definert som kulturmenneskets forsøk på å leve i kulturen.

Tre elementer vil være av særlig betydning i resonnementet: sykdommens karakter, sykdommens status og stilling i samfunnet og dens prognoser. I alle eksemplene brukt i avhandlingen vil tidlig diagnostikk regnes som fordelaktig, selv om begrepet ”tidlig” kan ha blitt oppfattet ulikt. Mulighetene for å lokalisere sykdom på et tidlig, og helst presymptomatisk, stadium er i regelen blitt regulert av den til enhver tid tilgjengelige teknologi. Jeg benytter eksempler på diagnostikk av kreftsykdommer, og særlig to ulike typer diagnostikk vil stå sentralt. Den første vil være de som til nå har vært mest utbredt: røntgen (mammografi) og biopsi (celleprøver). Den andre diagnostiske metoden jeg drøfter i avhandlingen, vil være genomisk diagnostikk. Denne type diagnostikk baseres på kjennskap til det menneskelige genom: det samlede genetiske materiale i et individ. Det er den enkeltes genmateriale som blir gjenstand for undersøkelser, i regelen i forkant av at eventuelle symptomer viser seg (presymptomatisk diagnostikk). Det vil gjerne være to diagnostiske muligheter det åpner for; diagnostikk av henholdsvis arvelige og ervervede tilstander.<sup>9</sup> I denne sammenhengen vil det fortrinnsvis være undersøkelser av symptomfri ervervet sykdom som skal drøftes.

---

<sup>9</sup> Børresen-Dale A-L, Lothe R., Nesland JM: ”Molekylærbiologi. Grunnlag for økt sykdomsforståelse og bedret diagnostikk”, Tidsskrift for Den norske lægeförening, 118: 1681/1998

Definisjonen på den type diagnostikk som er anvendt i avhandlingen, er hentet fra *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi mm. (bioteknologiloven)*:

## **Kapittel 5. Genetiske undersøkelser av fødte mm.**

### **§ 5-1. Definisjon**

Med genetiske undersøkelser menes i denne loven alle typer analyser av menneskets arvestoff, både på nukleinsyre- og kromosomnivå, av genprodukter og deres funksjon, eller organundersøkelser, som har til hensikt å gi informasjon om menneskets arveegenskaper.

Med genetiske undersøkelser av fødte menes i denne lov:

- a) genetiske undersøkelser for å stille sykdomsdiagnose,
- b) genetiske presymptomatiske undersøkelser, genetiske prediktive undersøkelser og genetiske undersøkelser for å påvise eller utelukke bærertilstand for arvelige sykdommer som først viser seg i senere generasjoner,
- c) genetiske laboratorieundersøkelser for å bestemme kjønnsstilhørighet, unntatt genetiske laboratorieundersøkelser for identifikasjonsformål.<sup>10</sup>

Sentralt i avhandlingen er problemstillingen om i hvilken grad en sykdom og eventuell behandling av den kan ha en sentral rolle i kulturmenneskets tilpasning til kulturen og håndtering av ubehaget. Sykdom i dette tilfellet vil dermed være et konkret helsemessig avvik hos den enkelte der det vil finnes behandlingsmuligheter. Analyser av den enkeltes genmateriale benyttet i diagnostisk øyemed vil brukes om ervervet sykdom, ikke spørsmål om arvelighet og mulig risiko for å bli rammet av den enkelte sykdom.

Det vil derfor være den type genomisk diagnostikk som definert under lovens paragraf 5-1.a som drøftes; diagnostikk av bestemt type sykdom. (Nærmere utdyping

---

<sup>10</sup> LOV 2003-12-05 nr. 100: *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*.

av dette finnes i kapittel 11, “Nye diagnostiske metoder; betydning for kulturmenneskets ubehag?”)

### **Tidlig diagnostikk; ulike forståelser av *tidlig***

Et sykdomsforløp vil i de fleste tilfeller fortone seg som en stigende kurve, og jo brattere denne er, desto hissigere kan vi si sykdommen er. Symptomene på den aktuelle sykdommen behøver ikke å gi seg til kjenne før et stykke opp på kurven. For noen sykdommer vil dette punktet ligge i umiddelbar nærhet av startpunktet, for andre vil det befinne seg lenger oppe. For sykdommer der symptomene viser seg sent, kan det være hensiktsmessig å diagnostisere sykdommen før den gir symptomer, for slik å bedre prognosene for helbredelse. I andre tilfeller spiller det ikke så stor rolle om diagnostikk og behandling skjer før symptomene viser seg; det kan være tilstrekkelig å starte behandling straks sykdommen gir seg til kjenne.

Dette er naturligvis et spørsmål om hvilken sykdom det gjelder, men også om skjønn og tilgjengelig diagnostikk.

At tidlig diagnostikk har vært å foretrekke for å gi så gode prognoser for helbredelse som mulig, har altså vært kjent lenge. Allerede Hippokrates og Platon omtalte situasjoner der man har oppdaget sykdom hos personer som følte seg friske,<sup>11</sup> og Platon fant det nødvendig å oppfordre legene til å sette pasienten og ikke vitenskapen i sentrum for sitt virke.<sup>12</sup>

Hensikten med å diagnostisere i forkant av at symptomene viser seg, er å gi bedre prognoser for helbredelse. Det er fundert på oppfatningen om at jo tidligere man oppdager et avvik, desto større sjanser har man for å bli frisk. Men hva som er blitt regnet som tidlig, har variert, både ut fra praktiske muligheter og hva som til enhver tid er blitt ansett som hensiktsmessig og ønskelig. Dette er ikke bare en begrepsdiskusjon, men innebærer spørsmål av både etisk, medisinsk og økonomisk karakter. Som jeg skal vise, har debatten gått høyt både om hva som skal forstås som tidlig og ikke minst hva som skal regnes som tidlig *nok*.

---

<sup>11</sup> Hofmann, Bjørn: ”Helse, sykdom og kampen om det gode liv”, Nytt Norsk Tidsskrift 1/1999

<sup>12</sup> Solbakk, Helge: ”Pasienten som møtestad og marknadsplass”, Syn og Segn 3/1996

En form for ”tidlig diagnostikk” som er mye anvendt som eksempel og kjerne for drøftinger i avhandlingen, er diagnostikk satt på et stadium før symptomer viser seg, og vil her begrepsfestes som *presymptomatisk diagnostikk*.

### **Ulike former for undersøkelser i dag**

I forsøk på å begrepsfeste de ulike kategoriene diagnostikk, vil man raskt finne at ulike begreper anvendes om hverandre i praksis og i ulik litteratur, og defineres svært inkonsekvent. Jeg vil kort gjøre rede for hvordan de mest anvendte begrepene er definert og anvendt i denne avhandlingen, og jeg har her tatt utgangspunkt i Harald Siem sine utlegninger når jeg har bestemt definisjonene nedenfor<sup>13</sup>.

Det er tre premisser som ligger til grunn i drøftingene:

*Det er to former for undersøkelser av symptomfrie:*

1. Helsekontroll (rutinemessige undersøkelser for å bekrefte normalitet) (siem)
2. Helseundersøkelser (målrettet undersøkelse for å finne helsemessig uregelmessigheter)

*Undersøkelser av presumptivt friske mennesker kan ha tre målsettinger:*

1. Bekrefte at man er frisk (helsekontroll)
2. Lete etter faktisk sykdom og få denne diagnostisert (helseundersøkelser)
3. Innhente informasjon om befolkningens helse (som regel helsekontroller)

*Undersøkelsene kan bli organisert på to ulike måter:*

1. Enkeltundersøkelse
2. Masseundersøkelse

Jeg vil gjøre rede for kategoriene nedenfor.

---

<sup>13</sup> Siem, Harald: *Masseundersøkelser og helsekontroller*, NAVF Gruppe for helseforskning, rapport nr. 2, Oslo 1979

### ***Helsekontroll og helseundersøkelse***

Begge begreper knyttes til undersøkelser av symptomfrie individer: Man undersøker for en sykdom eller plage som ennå ikke har gitt symptomer, ofte i en bestemt populasjon man tenker seg kan være særlig utsatt. Forskjellen på undersøkelsene er målsettingen, der helsekontroll utføres for å bekrefte at alt er normalt, mens helseundersøkelser gjøres for å finne helsemessige uregelmessigheter før de gir seg utslag i form av symptomer.

(Noen benytter også begrepet ”helsesjekk”, noen ganger med betydningen enten helsekontroll eller undersøkelse, andre ganger dekker det begge deler. Jeg oppfatter dette begrepet som upresist, og kommer ikke til å anvende det med mindre det er som direkte sitat.)

Jeg vil benytte meg av den definisjonen Harald Siem, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, ga i sin klassiske utredning *Masseundersøkelser og helsekontroll*.<sup>14</sup> Han definerte **helsekontroll** som i hovedsak undersøkelser av enkeltpersoner uten at det nødvendigvis forelå særskilt mistanke om helsemessige avvik. Disse blir som regel utført på legekantoret enten på grunnlag av pasientens ønske uten noe annen årsak enn et ønske om å få en ”sjekk” eller på grunnlag av legens vurdering. Dette kalles også ”case-finding”: ekstra undersøkelser for noe annet enn det pasienten kom for. Undersøkelsen kan være knyttet til at pasienten har særlig høy risiko for å rammes av en bestemt sykdom eller plage, men kan like gjerne være basert på generell bekymring.<sup>15</sup>

Eksempel på helsekontroll er blodtrykksmåling og gynekologiske undersøkelser som foretas på legens kontor, ultralyd for gravide på sykehusets fødeklinikk og mammografi på røntgenavdelingen. Undersøkelsene utføres gjerne på bakgrunn av at

---

<sup>14</sup> Siem, Harald: *Masseundersøkelser og helsekontroller*, NAVF Gruppe for helseforskning, rapport nr. 2, Oslo 1979

<sup>15</sup> Typiske eksempler på risikotilstander for fremtidig sykdom som behandles hos allmennlegen, er å måle forhøyede verdier for blodtrykk, blodglukose (diabetes 2), blodlipider (kolesterol – blodsukker), homocystein – aminosyre (måler risiko for hjerte/karsykdommer) eller øyetrykk (grønn stær), eventuelt vekt. I samme kategori går undersøkelser for mikroalbuminuri (proteiner/eggehvitestoffer i urinen som indikerer nyrefunksjon; høyt blodtrykk kan indikere dette igjen). Man måler reduserte verdier for benmasse (benmassemåling), senkning og potens (libido). (Hetlevik, Irene: ”Individuell risikointervensjon – en utfordring for samfunnet” i Larsen, Øyvind mfl.: *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, Gyldendal Akademisk, Oslo 2003)

pasienten har særskilt risiko for den aktuelle lidelsen, eller generell bekymring, men ikke fordi det foreligger symptomer.

Hensikten med en helsekontroll er å utelukke sykdom, avvik fra normalen. Man identifiserer også dem som trenger særlig oppfølging eller behandling for å redusere risiko for sykdom.

Et annet eksempel er kontroll av gravide, som er blitt et ledd i svangerskapsomsorgen. Alle kvinner får tilbud om rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 17–19, der man bestemmer termin, antall fostre og placentas beliggenhet. Man foretar også en generell undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi.<sup>16</sup>

Andre former for helsekontroll er skolebarnsundersøkelser som tar sikte på å bekrefte normalitet. Sesjonen for rekrutter til det militære har samme hensikt. Når man kontrolleres for å få utstedt førerkort, kan man ha forskjellig alder og kjønn og ikke nødvendigvis ha særskilt risiko for noe helsemessig avvik. Men utgangspunktet er det samme: Man skal kunne bedrive bilkjøring på forsvarlig vis. Denne type undersøkelser har ofte større interesse for samfunnet enn for den enkelte. I eksempelet med sesjonen er hensikten å se til at man oppfyller helsemessige krav til militærtjeneste. Det er heller ikke bestemte helseavvik man er ute etter her, men å kunne dokumentere generelt god helse for å kunne utføre de oppgavene som kreves av forsvaret. Og det er altså ikke den enkeltes interesse som er motivasjonen for selve undersøkelsen. Forsikringsselskapene krever i stadig større grad helseattest for å utstede forsikring. Når en kunde må helseundersøkes i forkant av kjøp av forsikringspolise, har undersøkelsen til hensikt å avdekke uregelmessigheter eller bekrefte normalitet. Motivasjonen i disse eksemplene vil mer være å ivareta samfunnet eller å dekke en kommersiell interesse heller enn å sørge for den enkeltes ve og vel.

Størsteparten av slike helsekontroller kommer i stand på andres initiativ enn den som blir undersøkt, for eksempel fra skole- og bedriftslege. Slike undersøkelser er som

---

<sup>16</sup> Sosial- og helsedirektoratet: Rundskriv, IS-23/2004: "Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet. Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk"

regel begrunnet i en tredjeparts ønske om å få vurdert den enkeltes helse, eksempelvis i forbindelse med førerkortsutstedelse eller militærtjeneste.<sup>17</sup>

De sistnevnte er eksempler på at helsekontroller har til hensikt å ivareta mer enn kun den ene parten. Her ivaretas individet, men det er også en samfunnsmessig interesse i det. En bilfører som er uegnet til å kjøre bil, kan være til skade for andre. En soldat som ikke er ved tilstrekkelig god helse, kan både risikere å utføre arbeidet upresist og å være til fare for omgivelsene.

Der man i en helsekontroll har til hensikt å definere det normale, vil en **helseundersøkelse** – slik begrepet er definert i denne avhandlingen – innebære en målrettet undersøkelse for konkrete helsemessige uregelmessigheter. Slike undersøkelser kan utføres på personer som har særlig risiko for å rammes av den bestemte sykdommen eller helseplagen, eller på bakgrunn av bekymring.

Helseundersøkelse kan være mammografiundersøkelser for brystkreft for kvinner, prostatakreft hos menn. De utføres som regel på bestemte risikogrupper, og målsettingen med helseundersøkelser er å få diagnostisert dem som behøver behandling og deretter igangsette behandling så tidlig som mulig. En typisk prosedyre for dette kan være at de som befinner seg i risikogruppen enten blir invitert til undersøkelse eller oppfordret til å la seg undersøke for den aktuelle sykdommen. Felles er at de som undersøkes ikke nødvendigvis har symptomer og føler seg friske, men er definert som særlig utsatt på bakgrunn av alder eller kjønn.

Begrepet helseundersøkelse blir også benyttet i forbindelse med kartlegging av en befolkningsgruppes helse. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT, er et eksempel på dette, der det foretas en rekke prøver og tester som skal gi informasjon om helsetilstanden til gruppen.<sup>18</sup> Den tar primært sikte på å kartlegge befolkningens helse, og anses som et forskningsprosjekt. Dermed kan man se på det som en undersøkelse.

---

<sup>17</sup> Siem, Harald, 1979, s. 14

<sup>18</sup> For en oversikt over dette, se: <http://www.ntnu.no/hunt/screening>



Ved funn av uregelmessigheter hos den undersøkte vil vedkommende imidlertid bli henvist til videre medisinske undersøkelser. Dette gjøres på en slik måte at undersøkelsen for den enkelte vil fremstå som en kontroll – der det ikke foreligger bestemt mistanke om uregelmessigheter, men sjekker om alt er som det skal. Fordi det primært er et forskningsprosjekt, vil det i denne sammenhengen bli klassifisert som en helseundersøkelse.

### **Enkeltundersøkelser eller masseundersøkelser**

Både helsekontroller og helseundersøkelser kan foregå som enkeltundersøkelser eller som organisert som masseundersøkelser.

Eksempel på helsekontroll organisert som masseundersøkelse er undersøkelser av soldater til militæret eller skolebarnundersøkelser, som nevnt over. Dette er generelle undersøkelser utført på en bestemt gruppe mennesker for å bekrefte normalitet.

Men også helseundersøkelser kan organiseres som masseundersøkelser, som førsteamanuensis Siri Forsmo ved NTNU definerer som ”(...) en målrettet undersøkelse med en bestemt test for en bestemt sykdom i en bestemt populasjon”.

<sup>19</sup>

Hensikten er å sortere ut dem i gruppen som bærer sykdommen fra dem som ikke gjør det, for å få igangsatt behandling så raskt som mulig. Eksempel på dette er mammografiundersøkelser, som omtales nærmere i kapittel 1.4.

Det er som regel helseundersøkelser man assosierer masseundersøkelser med, og fordi dette innebærer å kunne stille diagnoser og lokalisere behandlingsbehov hos presumptivt friske mennesker, vil det også ha flere omkostninger både praktisk og etisk. Det vil være denne type masseundersøkelser som drøftes i avhandlingen.

Disse vil defineres slik Harald Siem definerer masseundersøkelser generelt; som undersøkelser av fremmøtte fra en befolkningsgruppe som regnes som særskilt utsatt

---

<sup>19</sup> Forsmo, Siri: ”På jakt etter uoppdaget sykdom”, i Larsen, Øyvind mfl.: *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, 2003 s. 72

for den sykdom eller plage de undersøkes for. Hensikten er å påvise en eller flere sykdommer på et tidspunkt før de har gitt symptomer, for å gi mulighet til bedre og mer effektiv behandling enn det som ville vært mulig senere i sykdomsforløpet.

Metoden er å aktivt gå ut og innkalle større grupper mennesker til undersøkelser for å finne ut om de bærer sykdommer de ikke visste de hadde.

Masseundersøkelser blir også kalt screening, som i og for seg er mer dekkende for undersøkelsens hensikt og utforming. Den egentlige betydningen av det engelske begrepet "to screen" er å "sile", der man i en befolkningsgruppe som regnes for å ha særskilt høy risiko for å rammes av en bestemt sykdom, blir undersøkt for denne. I Norge brukes begge begrepene til dels om hverandre, men de kan ha ulik betydning.

Det engelske begrepet *screening* er dekkende for hva som faktisk skjer, mens det norske begrepet *masseundersøkelser* faktisk beskriver hvordan det hele skjer, nemlig at en mengde mennesker ("masse") undersøkes for det samme. Begge begrepene viser imidlertid til den samme praksisen, og jeg mener United States Commission of Chronic Illness definisjon av screening fra 1951 er mer presis:

"(...) the presumptive identification of unrecognised disease or defect by the application of testes, examinations, or other procedures which can be applied rapidly. Screening tests sort out apparently well persons who probably have a disease from those who probably do not. A screening test is not intended to be diagnostic. Persons with positive or suspicious findings must be referred to their physicians for diagnosis and necessary treatment."<sup>20</sup>

I norsk sammenheng brukes imidlertid screeningbegrepet om helseundersøkelser med det for øye å finne uregelmessigheter som involverer en større mengde mennesker, og i det alminnelige brukes *screening* og *masseundersøkelser* om hverandre. Jeg vil i avhandlingen benytte meg av begrepet *masseundersøkelser*, og det vil da i hovedsak være helseundersøkelser organisert som masseundersøkelser som omtales.

---

<sup>20</sup> Morabia, A., Zhang F. F.: "History of medical screening: from concepts to action", Postgrad Medical journal, 80/2004; 463–469. (Sitatet er hentet fra Commission on Chronic illness: *Chronic illness in the United States*, Vol 1. "Prevention of chronic illness. Cambridge," MA: Harvard University Press, 1957; 1:45.)

En annen form for masseundersøkelser vil være HUNT, som nevnt over. Alle innbyggere over 13 år bosatt i Nord-Trøndelag ble i perioden 2006–2008 invitert til å delta. Her anså man ikke gruppene for å være særlig utsatt, men antallet undersøkte tatt i betraktning vil undersøkelsen være å anse som en masseundersøkelse.

### **Pasientbegrepet**

Pasientbegrepet stammer fra det latinske ”patior”, som henspiller på å tåle, og å holde ut. Eksempel fra ordboken illustrerer sammenhengen: *tolanter dolores patiori*; å bære smerter med tålmodighet.<sup>21</sup> Slik pasientbegrepet anvendes til vanlig, knyttes det da også til en person som er syk eller behandlingstrengende, og at man ikke vil være definert som pasient før man har påvist behov for behandling.

I praksis er imidlertid helsetjenestens målgruppe større enn kun dem som faktisk har behov for behandling, og brukere av helsetjenesten kan også være personer som verken har smerter eller behandlingsbehov. Det kan dreie seg om rutinemessige helsekontroller, vaksinasjoner eller forebyggende virksomhet.

I hvilken grad denne gruppen skal betraktes som pasienter, vil være et definisjonsspørsmål. En person som lar seg undersøke for symptomfri sykdom, vil neppe anse seg selv som pasient; snarere vil hun la seg undersøke for å få bekreftet at hun ikke i fremtiden skal være en pasient.

Et kjernepunkt i denne sammenhengen er helsetjenestens rolle overfor den presumptivt friske og faktisk ikke-behandlingstrengende delen av befolkningen. Det vil derfor være nødvendig å finne et begrep som er dekkende for denne delen av populasjonen – de som har kontakt med helsetjenesten, enten på eget initiativ eller på oppfordring eller invitasjon, uten nødvendigvis å ha behov for behandling.

Ettersom helsetjenesten i realiteten henvender seg til et bredt lag av befolkningen, har definisjonen av pasientbegrepet etter hvert utviklet seg til å reflektere dette når det er brukt i offentlige dokumenter. Det er særlig i rettssammenheng pasientbegrepets utstrekning vil være av betydning. Her tas det ikke hensyn til hvor syk eller frisk

---

<sup>21</sup> Hastrup, Thure: *Latin-dansk Ordbog*, 1983 (1963)

pasienten måtte være, men i hvilken grad man tilbys eller gis hjelp av helsetjenesten.<sup>22</sup>

Den definisjonen jeg vil benytte meg av i det følgende, er hentet fra Lov om pasientrettigheter, § 1-3 *Definisjoner*:

- a) **pasient**: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
- b) (...)
- c) **helsehjelp**: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.<sup>23</sup>

Jeg vil dermed ta utgangspunkt i at man er å forstå som pasient fra det øyeblikk man benytter seg av et helsetilbud og frem til man avslutter bruken. Når man gjennomgår en helseundersøkelse, vil man dermed være definert som pasient så lenge undersøkelsen pågår. Det samme gjelder for dem som blir gjeninnkalt til annen eller tredje undersøkelse, og som viser seg å være friske; falske positive. I den perioden de er brukere av helsetjenesten, vil de her defineres som pasienter.

### **Medikalisering/medikaliseringsdebatten**

Medikalisering er et mye anvendt begrep i faget samfunnsmedisin, så også i denne avhandlingen. Det er gjort mange definisjoner på medikaliseringsbegrepet. Peter Conrad, professor i sosiologi, viser til en enkel og direkte definisjon, der medikalisering forstås som en utvikling der stadig mer av hverdagslivet er underlagt medisinsk dominans, innflytelse og rådgivning ("medical domination, influence and supervision").<sup>24</sup> Selv forklarer han medikaliseringsbegrepet med at det rommer én eller flere av følgende fire handlinger: å **betrakte** et problem i medisinske termer, å

---

<sup>22</sup> Ot.prp nr. 12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), 3.3.1 *definisjon av pasient*, Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>23</sup> Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) § 1-3 – *Definisjoner*

<sup>24</sup> Conrad, P: "Medicalization and social control", *Annual review of Sociology*, 18/1992. Det vises her til definisjon av Zola, I., K.: *Socio-Medical Inquiries*. Philadelphia: Temple Univ. Press. s. 349

sette i gang medisinske *tiltak* for å møte det, å bruke medisinsk terminologi til å *beskrive* det, eller å ta i bruk medisinsk rammeverk for å *forstå* det.<sup>25</sup>

Et eksempel på de to første er alderdommen, der naturlige prosesser og risikotilstander i kroppen ses på som en sykdomstilstand, noe som må repareres og medisineres.<sup>26</sup> Terskelen for behandling/medisinering blir lavere, og et eksempel fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viste at i henhold til kriteriene til WHO var hele 70 prosent av kvinnene over 70 år i Nord-Trøndelag rammet av benskjørhet.<sup>27</sup> Siri Forsmo påpeker at dette ikke er en sykdom, men en ordinær tilstand ved alderdom.<sup>28</sup>

Medikalisering av naturlige prosesser skjer når grenseverdiene for behandlingsbehov settes lavt, hvilket kalles *overbehandling*.

Professor Kirsti Malterud ved Universitetet i Bergen har i den forbindelse påpekt at høyt blodtrykk ikke gir symptomer før verdiene er svært høye, og at det derfor skal mye til før vi kan kalle høyt blodtrykk en sykdom.<sup>29</sup> Når man medisinerer for høyt blodtrykk, er det altså *risikoen* for sykdom man behandler, ikke selve sykdommen.

Siri Forsmo hevder at etter hvert som teknologien blir mer avansert, vil det være *risikoen* for en sykdom som avdekkes, og ikke selve sykdommen. Dette fordi funnenes karakter ikke kan identifiseres og det ikke er mulig å vite om det vil utvikle seg til sykdom. Dermed får man informasjon om risiko og ikke sykdommens eventuelle karakter.<sup>30</sup>

---

<sup>25</sup> Ibid. s. 211

<sup>26</sup> Blodtrykksmålinger er et eksempel på dette, ved at det ikke nødvendigvis foreligger symptomer annet enn pasientens eventuelle engstelse for å få foretatt en slik undersøkelse. I de norske retningslinjene for blodtrykksvurdering (både i 1986 og 1993) er det tatt hensyn til denne problemstillingen. Her er det innført alderskriterier for behandling og intervensjon, som har gitt eldre mennesker en høyere terskel for å medisineres enn yngre (se Hetlevik 1999 s. 92 ff for nærmere utdyping av dette, og omtale av ulike praksiser).

<sup>27</sup> Skolbekken, John-Arne: "Risiko for sykdom – vår tids epidemi?" i Swensen, Elisabeth (red): *Diagnose: Risiko*, 2000, s. 113

<sup>28</sup> Forsmo, Siri: "WHO: 70 prosent over 70 år er benskjøre", *Dagens medisin* 06-01-2000

<sup>29</sup> Malterud, Kirsti: "Når livsstil ikke nytter – medikamentell risikointervensjon for dårlige mennesker". I Elvebakken, Kari Tove og Solvang, Per (red): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*, 2002, s. 75–76

<sup>30</sup> Forsmo, Siri, 2003, s.75. Se også Black WC, Welch HG: "Advances in diagnostic imaging and overestimations of disease prevalence and the benefits of therapy". *N Engl Med* 1993; 328: 1237–43

Dette er et eksempel på at vi medisineres uten at det foreligger konkret sykdom. Man kan innvende at medisins funksjon er å gjøre folk friske, og at forebyggende medisin – som denne blodtrykksmedisineringen er ment å være – har like stor legitimitet som behandling som medisinerer av symptomgivende sykdom, ettersom forhøyet blodtrykk kan føre til hjerte- og karsykdommer. Dette eksempelet er imidlertid godt egnet til å illustrere problemstillingen som drøftes i denne sammenhengen. Ifølge Malterud er hjerte- og karsykdommer et sammensatt problem, der man ikke med sikkerhet kan si at blodtrykksmedisinering har den effekten man ønsker. Hun peker på at forebygging av hjerte- og karsykdommer må foregå på ulike plan, der kost og mosjon og andre forebyggende tiltak vil være vel så viktig. Livslang medisinering for blodtrykk for å skulle forebygge hjerte- og karsykdommer vil dermed kunne ha mindre betydning for den enkeltes helse, i verste fall virke mot sin hensikt.

Dette kan være et samfunnsøkonomisk problem, men kan også få konsekvenser for den enkelte. Dagliglivet kan bli preget av behovet for medisinering og en oppatthet av og bekymring for egen helse, og muligens også en oppfatning av at egen helse og kroppen som sådan er et tander og skjørt instrument. Dette gir etiske utfordringer, noe også professor ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Irene Hetlevik, påpeker i sin doktorgradsavhandling:

“While ageing is natural, the medical definition of age-related risks is difficult. Age increases the risk for the majority of diseases, as risk estimation is nothing else than a prediction of our inevitable death, which for older people, on the average, is closer in time than for younger people. Making most elderly people into patients, is certainly an ethical problem.”<sup>31</sup>

Richard Smith skriver at hvis vi følger vanlige definisjoner av sykdom, vil hele fem prosent av befolkningen kunne få en diagnose. Det vil si at hvis vi har mange nok tester, vil store deler av befolkningen anses som syke. Hvor syk man er, kommer altså ikke nødvendigvis av subjektiv eller objektiv oppfatning av god helse, men om man fyller kravene til en sykdom.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Hetlevik, Irene: “The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice”, avhandling for graden doctor medicinae, NTNU, 1999, s. 92

<sup>32</sup> Smith, Richard: “In search of ‘non-disease’”, BMJ, vol 324/2002

En annen situasjon er når normalverdiene for hva som regnes for god helse, endres slik at det som på et tidspunkt var normalt, blir en risikotilstand. Hetlevik eksemplifiserer dette med når kolesterolgrensen ble senket fra 8,0 til 6,5 mmol/l. Risikopopulasjonen økte da fra 265 000 til 905 000, og hvis de skulle få den oppfølgingen man mener er normalt, ville dette gi behov for ca. 500 nye legeårsverk.<sup>33</sup>

Dette utfordrer ikke bare kapasiteten til helsetjenesten, men vi får også høy grad av medisinerings av befolkningen. Hetlevik mfl. har på bakgrunn av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag undersøkt omfanget av risikogrupper for hjerte- og karlidelser i henhold til de europeiske retningslinjene. Her fant man at hvis de anbefalte grenseverdiene skulle følges, ville 22,5 prosent av kvinnene og 85,9 prosent av mennene over 40 år klassifiseres som i høyrisikogruppen for alvorlig hjerte- og karlidelse. Kun 8,5 prosent kvinner og ingen menn i denne aldersgruppen ble klassifisert til å ha lav risiko. Ved fylte 50 år involverte høy-risikogruppen 39,5 prosent kvinner og 88,7 prosent menn, og ved fylte 65 fant man at 84 prosent av kvinnene og 91,6 prosent av mennene kunne klassifiseres i denne gruppen. Konklusjonen ble følgelig at hvis vi skulle fulgt de europeiske grenseverdiene, ville de aller fleste nordmenn måtte bli regnet som å ha særlig høy risiko for å rammes av alvorlig kardiovaskulær lidelse.<sup>34</sup> Dette er et eksempel på at det som var normalt og friskt i det ene øyeblikket, gir et behandlingsbehov i det neste.

En rekke tilstander har også endret seg fra å være et adferdsproblem til en sykdom. Alkoholisme er et vanlig brukt eksempel. Jeppe på Bjerget ble ikke ansett som syk eller behandlingstrengende, men som skaper av sosiale problemer og representant for de karaktersvake. Dette gjorde at han fikk lavere status som samfunnsborger, og det gikk på bekostning av hans troverdighet som person. Førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, Olaug S. Lian, skriver at endringen til å forstå alkoholmisbruk som en sykdom kan føre til en legitimering av det som tidligere ble sett på som et

---

<sup>33</sup> Hetlevik, Irene: "Individuell risikointervensjon – en utfordring for samfunnet", i Larsen, Øyvind mfl.: *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, 2003, s. 86

<sup>34</sup> Getz, Linn; Sigurdsson, Johann A.; Hetlevik, Irene; Kirkengen, Anna Luise; Romundstad, Solfrid; Holmen, Jostein: "Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study", *BMJ Online First*, 15. August 2005

moralsk forfall. Den enkelte fratras ansvaret for sine handlinger, og den moralske fordømmelsen fjernes.<sup>35</sup>

Dette er også et eksempel på å bruke medisinsk terminologi på tilstander som tidligere var oppfattet som noe annet. Medikaliseringkritikerne påpeker at terskelen for å betrakte noe som en sykdom og som et behandlingsbehov er blitt lavere, og at vi dermed får en befolkning som oppfatter det som både normalt og vanlig å bli medisinerert. Som blant annet Lian påpeker, er for eksempel plager knyttet til overgangsalderen ikke lenger kun et passerende og naturlig ubehag, men noe som må håndteres og bekjempes ved hjelp av medikamenter. Andre eksempler på dette er hårtap og impotens hos menn.

At grensen for hva som skal anses å kvalifisere til diagnoser og behandlingsbehov er bevegelig, ser vi også i psykiatrien. Dette gjelder særlig hva angår grensen for når det er nødvendig å medisineres, og grensen mellom hva som er normalt og ikke.<sup>36</sup>

Professor Paul Chodoff påpeker problemet med å skille mellom normalitet og patologi. Chodoff og flere med ham stiller seg kritisk til den stadig økningen av diagnoser innenfor psykiatrien, som han mener i stor grad skyldes at normaltilstander blir gjenstand for medisinerer og diagnostisering. I artikkelen "The Medicalization of the Human Condition" trekker han frem diagnosen *sosial angst* som eksempel, og

---

<sup>35</sup> Lian, Olaug S.: "Sosiologiske forståelser av helse, sykdom og medisinsk praksis" i Mæland, Jon Gunnar mfl.: *Sosialmedisin – i teori og praksis*, 2004, s. 109–110

<sup>36</sup> Jeg vil ikke komme særskilt inn på psykiatrien som del av folkehelsearbeidets målområder. Jeg vil heller ikke gå i dybden på medikaliseringskritikken – og praksisen i et historisk perspektiv. Det kan likevel være av betydning å understreke at tendensen til at normaltilstander blir gjenstand for medisinerer, ikke er et fenomen som er typisk for vår tid. Det kan heller ikke forklares kun som en bieffekt av økt tilgang på medisiner og behandlingsmetoder. Dette gjelder særlig i psykiatrien, der diagnoser ikke nødvendigvis er klinisk fundert, men bestemt ut fra de til enhver tid gjeldende normalverdier. Et eksempel på dette er den aller første medisinske ordboken som ble skrevet og utgitt i Norge, forfattet av Karl Evang i 1933. Under kategorien "Sykdommer i nervesystemet", finner vi blant annet diagnosen *Witzelsucht* ("Sykelig tilbøyelighet til å fortelle slette vitser") og *Kynantropia* ("vrangforestillingen å være forvandlet til en hund"). Den mer udefinerte *Nuptial psykose* finnes også nedtegnet: "akutt sinnssykdom i tilslutning til bryllupet". Dette er for kuriosa å regne i vår tid, men viser at i den grad det pågår en sykliggjøring av allmentilstander i vår tid, er dette ikke nytt (det er mulig vrangforestillingen om å bli forvandlet til en hund heller ikke i dag ville regnes som tegn på god helse, men tilstanden har gått ut av faglitteraturen som egen diagnose). Snarere indikerer det at diagnoser settes på grunnlag av gjeldende normer, og at diagnoser derfor ikke nødvendigvis forfleres, kun endres. I forbindelse med medikaliseringdebatten ser vi også at tendensen til å gjøre mennesker behandlingstrengende som kan hende vil greie seg godt uten intervensjon, har vært en del av folkehelsearbeidets praksis lang tid allerede.



spør om sjenerthet og engstelse hos hele tre millioner amerikanere kan være så ekstremt plagsomt at det kan legitimere en diagnose.<sup>37</sup>

Det finnes en rekke eksempler på medisinsk intervensjon der det vil være uenighet om behovet for og effekten av den, men der man likevel går inn og diagnostiserer eller behandler. Det fenomenet at tendensen til at mindre plager, og gjerne naturlige prosesser, i økende grad blir definert som sykdom og blir medisinerert og behandlet, vil ligge til grunn for mange av mine drøftinger.

### **Medikaliseringskritikken**

Medikaliseringskritikken berører spørsmålet om hvorvidt denne type tidlig diagnostikk er ønskelig, hvor grensen skal gå for forståelse av *tidlig* og hvordan undersøkelsene skal organiseres. I flere av mine drøftinger kommer jeg til å ta utgangspunkt i deres ståsted, og jeg vil i det følgende kort gjøre rede for dette.

Professor Jocelyn M. Chamberlain oppsummerte i 1984 de viktigste fordelene og ulempene ved undersøkelser for symptomfri sykdom generelt,<sup>38</sup> som sies å gjelde fremdeles. De viktigste punktene hun trakk frem av fordeler, var at ved tidlig oppdagelse av en sykdom kan behandlingen iverksettes før sykdommen har kommet så langt at man trenger langvarig behandling. Dette gjør at pasienten i mange tilfeller både kan få bedre prognoser for å bli frisk og at man i en del tilfeller slipper med mindre radikale inngrep, hvilket igjen vil være ressursbesparende både for det offentlige og den enkelte. Med presymptomatisk diagnostikk vil også de ikke-syke oppleve en lettelse ved å få vite at de er friske.

På et individuelt plan vil denne typen diagnostikk ha potensial til å bedre livskvaliteten og forlenge levetiden til den enkelte. På et samfunnsøkonomisk plan vil man kunne oppnå kortere behandlingstid og færre langtidssyke. På den måten vil liv spares, og man vil få lavere behandlingskostnader og bedre kontroll.

---

<sup>37</sup> Chodoff, Paul: "The Medicalization of the Human Condition", *Psychiatric Services*, Vol 53, 2002

<sup>38</sup> Chamberlain, Jocelyn M.: "Which prescriptive screening programmes are worthwhile?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38: 270–277, 1984. (Gjengitt i Holland, Walter W. mfl., *Policy Brief, Screening in Europe*. WHO 2006.)

Men det er også en rekke innvendinger mot denne praksisen. Disse betegnes som medikaliseringkritikk. Medikaliseringkritikken vokste frem på 60- og 70-tallet og hadde nok betydelig sterkere politiske grunntoner enn øvrige teorier og forståelser av medisin/individ, legestanden/allmuen osv. Ifølge professor i sosiologi og kulturstudier ved Charles Sturt University, Australia, Deborah Lupton, vokste kritikken frem med utgangspunkt i marxismens syn på individets frihet, der medisinsens makt og autoritet ble problematisert:

”Their critique of the ways that society is structured included calling into question the social role played by members of powerful and high-status occupational groups such as the legal and medical professions.”<sup>39</sup>

Kjernen i den ortodokse medikaliseringkritikken er konsekvensen av at presumptivt friske blir gjenstand for en praksis der de går inn i en pasientrolle. Man anser mye av nyere medisinsk praksis til å ha en motsatt virkning på befolkningen enn intensjonen; nemlig at den produserer pasienter fremfor å få færre.

Det er særlig tre problemstillinger som knyttes til en eventuell overmedisinering, og de er knyttet til henholdsvis et medisinsk perspektiv, til samfunnsøkonomiske forhold og til individet.

Fra et medisinsk perspektiv kan det være usikkerhet omkring hvorvidt det har noen positiv medisinsk effekt å oppdage et avvik på et presymptomatisk stadium i det hele tatt, altså om det virkelig redder liv. Dette vil også ha betydning for den andre problemstillingen, som dreier seg om samfunnsøkonomiske faktorer og hva som er økonomisk lønnsomt på et makronivå. Den tredje problemstillingen omhandler omkostningene denne typen medisinsk intervensjon kan ha for den enkelte, ettersom risikoen for å få et upresist resultat av undersøkelsene er sterkt til stede. Man må derfor drøfte om ulempene veier opp for fordelene.

Mye av debatten om tidlig intervensjon er knyttet til de testene som anvendes, og mammografiundersøkelsene er et eksempel på dette. Det vil ikke være mulig å få til

---

<sup>39</sup> Lupton, Deborah: ”Foucault and the medicalication critique”, i Petersen, Alan mfl.: *Foucault health and medicine*, 1997, s. 95

en test som er hundre prosent sikker,<sup>40</sup> noe som gjør at faren for falske positive og negative resultater alltid vil være til stede.

Det er flere årsaker til at en kreftsvulst enten ikke oppdages eller blir tolket feil. Begrensninger hva angår teknologi kan føre til upresist billedmateriale, det samme gjelder fagpersonellets kompetanse på billedfortolkning. Phan T. Huynh mfl. nevner fire viktige årsaker til manglende eller feil diagnostisering av brystkreft ved mammografi.<sup>41</sup> Med den teknologien vi har tilgjengelig i dag, vil billedkvaliteten på røntgenbildene ikke være optimal for å kunne utføre en presis avlesning. (Mot dette anbefales å benytte seg av klinisk undersøkelse i tillegg til billeddiagnostikk, uten at det eliminerer problematikken omkring billedkvaliteten og avlesningen av bildene.) Et problem det er større mulighet til å kunne gjøre noe med, er den *radiografiske teknikken*. Dette kan eksempelvis være måten brystet plasseres på for å få avfotografert så mye av vevet som mulig, samt etterbehandlingen (eksponeringstiden) av bildene. Svulstens karakter er også utslagsgivende for om den oppdages i det hele tatt og gjenkjennes korrekt. Størrelsen på svulsten er naturligvis avgjørende for at den skal kunne oppdages, men også hvor i brystet den befinner seg. Hvorvidt den er ond- eller godartet er det også knyttet uklarhet til i mange tilfeller. Det siste punktet som nevnes som en av årsakene til ukorrekte diagnoser, er feiltolkninger av bildene. Dette avhenger av at forholdene er tilfredsstillende, slik som lokaler og lysforhold. Viktigst fremheves likevel radiologens kompetanse og oppmerksomhet.

Avgjørende for en test for sykdom på presymptomatisk stadium er uansett at den er tilstrekkelig presis når den tester positivt hos faktisk syke (god sensitivitet) og når den tester negativt hos friske (god spesifisitet).

En problemstilling som ofte drøftes i forbindelse med presymptomatiske undersøkelser for brystkreft, er at testene ikke har god nok spesifisitet. Dette fører til at mange friske mennesker må la seg undersøke flere ganger, hvilket er særlig uheldig i denne sammenhengen fordi undersøkelsene kan innebære faktiske inngrep. Dette

---

<sup>40</sup> Forsmo, Siri, 2003, s. 75–76

<sup>41</sup> Se Huynh, Phan T.; Jarolimek, Amanda M.; Daye, Susanne: “The False-negative Mammogram”, *RadioGraphics* 18/1998, s. 1137–1154 (Orginalreferanse: Meyer, Jack E. mfl.: “Stability of a mammographic mass: A False Sense of Security” (*American Journal of Radiography*) *AJR*: 137/1981, s. 595–598).

gjør at testene i seg selv kan være risikofylte, og at de dessuten kan føre til unødig bekymring og uro hos den enkelte. Det er påvist at de psykiske reaksjonene hos kvinner med falske positive mammografieresultater vil kunne være omfattende, ha negativ innflytelse både på den daglige arbeidsevne og funksjonsevne generelt, samt gi nedsatt livskvalitet. Man har også funnet psykosomatiske forandringer i form av søvnforstyrrelser og appetittforstyrrelser,<sup>42</sup> og det er rapportert om et økende antall kvinner som utviklet tvangsmessige selvundersøkelsesrutiner.<sup>43</sup>

Når det gjelder tester med for dårlig sensitivitet, vil de kunne markere upresist når det gjelder faktisk syke. Falske negative resultater fører til at faktisk syke ikke oppdages, og ikke får nødvendig behandling. Dette kan inkludere kreft som ikke er utviklet nok til å være synlig og som ved billedanalysene ikke blir oppfattet som en svulst. Det kan også være svulster som blir tolket til å være godartete uten å være det.<sup>44</sup> De momenter som trekkes frem ved falske negative resultater, er at det kan gi falsk lettelse for den første gruppen og tidvis for tidlig død.

I Norge har man funnet at 50 % av deltakerne i masseundersøkelsene er overdiagnostisert<sup>45/ 46</sup>, hvilket innebærer at man gjør funn som ikke ville ha gitt symptomer i pasientens levetid. Kvinnene vil i mange tilfeller måtte gjennomgå til dels omfattende inngrep uten at det vil gi noen helsemessig gevinst.

Dette er et stort problem særlig i presymptomatiske undersøkelser for brystkreft. I en studie fra Sverige konkluderes det med at "Over-diagnosis of breast cancer was 10 % in women randomised to screening at age 55 – 69 years compared with an unscreened

---

<sup>42</sup> von Bülow, Birgit: "Psykiske reaktioner ved deltakelse i screening – belyst ved screening for brystkræft", Ugeskrift for Læger 164/2002, s. 165

<sup>43</sup> Skrabanek, Petr: "False premises and false promises of breast cancer screening", i *False premises and false promises. Selected writings of Petr Skrabanek*, 2000, først trykket i *The Lancet* 1985; ii: 316–320 under tittel: "Screening for Disease: False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening".

(Som viser til Maguire GP. "Possible psychiatric complications of screening for breast Cancer". *Br J Radiol* 1983; 56: 284.)

<sup>44</sup> Huynh, Phan T. mfl.: "The False-negative Mammogram", *RadioGraphics* 18/1998, s. 1137–1154

<sup>45</sup> Zahl, Per-Henrik mfl.: "Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study", *BMJ* vol 328/2004

<sup>46</sup> Zahl, Per-Henrik mfl.: "Overdiagnostisering ved mammografiscreening", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 2238–9/2004

control group”.<sup>47</sup> Dette er problemstillinger som gjelder en relativt stor gruppe: Andelen kvinner som blir kalt inn til annengangsundersøkelse, varierer fra land til land og fra region til region, men det er anslått at 3–10 prosent av kvinnene blir gjeninnkalt.<sup>48</sup>

Faren for feildiagnostikk behøver ikke bare måles for den enkelte gangs undersøkelse, men også i løpet av den enkeltes liv. Faren for at noe av dette skal inntreffe, øker nødvendigvis med hyppigheten av undersøkelsene, og som John Brodersen og Inga Marie Lunde ved Universitetet i København påpeker, vil det ved hver undersøkelse være en liten sjanse for feildiagnostikk. Når man undersøkes flere ganger – som ved mammografi for brystkreft – vil faren mangedobles for at man på et eller annet tidspunkt vil oppleve feildiagnostikk.<sup>49</sup>

Det behøver heller ikke bare være feiltolkninger eller brist ved det tekniske utstyret som kan gi uønskede konsekvenser i denne sammenhengen. For samtidig som teknologien ikke er presis nok til å unngå falske positive og negative resultater, kan den likevel være presis nok til å finne uregelmessigheter på et så tidlig tidspunkt at svulstens karakter ennå ikke er kjent. En uregelmessighet behøver da ikke ha utviklet seg til å være benign eller malign (godartet eller ondartet), og i mange tilfeller går den også tilbake av seg selv.

Da man utredet mulighetene for å innføre masseundersøkelser for livmorhalskreft i 1987, var dette en av de problemstillingene som ble drøftet: ”Flertallet av forstadiene vil gå tilbake av seg selv, men man har i dag ikke mulighet for å identifisere hvilke dette er. Faren for overbehandling er derfor til stede.”<sup>50</sup> I artikkelen “Making Pap Smear into the ‘Right Tool’ for the Job” viser Monica J. Casper og Adele E. Clarke ved hhv. Arizona State University og University of California til flere sider ved denne undersøkelsen som gjør den langt fra optimal.<sup>51</sup> På samme måte som med mammografi er den for upresis, og antallet falske negative er ifølge forfatterne

<sup>47</sup> Zackrisson, Sophia mfl.: “Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study”, *BMJ* vol 332/2006

<sup>48</sup> von Bülow, Birgit, s 165

<sup>49</sup> Brodersen John, Lunde Inga Marie: ”Konsekvenser af usikkerheder og overdiagnosticering ved screening”, *Ugeskrift for Læger* 164/2002, s 181

<sup>50</sup> NOU 1987:8, Masseundersøkelser for kreft i livmorhalsen, s 25

<sup>51</sup> Casper, Monica J.; Clarke, Adele E.: “Making the Pap Smear into the ‘Right Tool’ for the Job. Cervical Cancer screening in the USA, circa 1940–95”, *Social Studies of Science*, vol 28, 1998, s 255–290

uforholdsmessig høyt. De nevner blant annet: ”(...) about one in ten supposed ‘precancerous’ lesions will progress to invasive cancer if left untreated, there is no reliable means of predicting which ones.” Dette vil igjen føre til overbehandling av et stort antall kvinner.

Denne problemstillingen kommer igjen også fordi den samme krefttypen kan ha ulik vekstrate; noen brystkrefttumorer utvikler seg langsomt, andre raskere.<sup>52</sup> Mammografiprogrammet vil være best egnet til å oppdage de langsomtvoksende svulstene. Den andre krefttypen – som utvikler seg hurtig – vil kunne inntreffe og utvikle seg til å bli dødelig i perioden mellom to undersøkelser.

Dette er en viktig innvending mot mammografiprogrammet fordi man risikerer å gi kvinnene falsk trygghet. Selv om de får et negativt resultat, er det ingen garanti for ikke å bli syk og kan hende dø innen neste undersøkelse. Dertil kommer at de hurtigvoksende tumorene er mer aggressive enn de langsomtvoksende, og har som regel dårligere prognose. Kritikere hevder derfor at effekten av disse programmene blir overvurdert, ettersom de tumorer som oppdages, vil ha god prognose uansett om de oppdages ved alminnelig diagnostikk eller ved masseundersøkelsene.

Det er også sider ved selve undersøkelsene som gjør at problemstillingene spisses. Etter hvert som teknologien blir mer avansert, gjør man funn som trolig ville vært harmløse om de ikke var blitt oppdaget. Når man rapporterer om overlevelse etter funn av svulster, vil – mener kritikerne – tallene bli feilaktige, ettersom man registrerer som overlevde også mennesker som aldri ville blitt syke uansett. Dessuten kan det være uenighet om det vil være tilstrekkelig å begynne kurering av en sykdom straks etter at symptomene viser seg, og om hvor stor betydning tidspunktet egentlig har.

Et beslektet problem når det gjelder presymptomatisk diagnostikk, er faren for overbehandling. Dette kan skje hvis testresultatene er uklare og man intervensjonerer for å være på den sikre siden. Chamberlain påpeker risikoen for et lenger sykdomsforløp

---

<sup>52</sup> Ibid.

ved at uhelbredelig sykdom oppdages tidligere enn kanskje nødvendig for prognosene, og medisineres uten at det behøver å gi effekt.

Endelig er det medikaliseringen av selve tilværelsen kritikerne peker på: tendensen til at sykdom og bekymring blir en del av hverdagslivet og tilværelsen. Det er en økende opptatthet av helse generelt sett, noe som har ført til større oppmerksomhet omkring egen helse, kropp og symptomer. Det offentlige rom blir stadig fylt av informasjon om helse og sykdom. Dette skjer gjerne i en kommersiell innpakning som kan øke usikkerheten og frykten for sykdom i befolkningen. I tillegg kan dette gi urealistiske forventninger til hva som kan behandles.<sup>53</sup>

Men dette kan også gi en befolkning som er mer kompetente på egen helse enn man har sett tidligere. Mange er godt informert både om hvilke risikogrupper de eventuelt tilhører, og hvilke undersøkelses- og behandlingstilbud som finnes. På én side kan det være positivt fordi den enkelte tar del i sin egen behandling. Men på en annen side kan det bidra til at vi etablerer en sykdomskultur der det er mer normalt å være behandlingstrengende enn det motsatte. Olaug S. Lian skriver i sin artikkel ”Sosiologiske forståelser av helse, sykdom og medisinsk praksis” at begreper som helse og sykdom er i ferd med å få en stadig mer sentral plass i menneskenes liv, og at oppfatningen av hvilke tilfeller og situasjoner som krever profesjonell hjelp, blir stadig mer omfangsrik.<sup>54</sup>

### **Helsebegrepet**

I 1977 utarbeidet WHO en strategi for primærhelsetjenesten kalt ”Helse for alle innen år 2000” (HFA 2000), og her finnes en definisjon av helsebegrepet som fremdeles er gjeldende. En av målsettingene var at innen år 2000 skulle alle verdens innbyggere ha oppnådd en ”helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv”.<sup>55</sup> Denne målsettingen skulle gjelde både for alle verdens

---

<sup>53</sup> Barsky, AJ: “The paradox of health”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 318, 1988, s 414–418

<sup>54</sup> Lian, Olaug S, 2004, s. 109–110

<sup>55</sup> St.meld. nr. 37 (1992–93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, Sosialdepartementet, s. 92–93

regjeringer og for WHO. Definisjonen var en presisering av den helsedefinisjonen WHO har hatt som retningsgivende siden 1948:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”<sup>56</sup>

Dette viser hvordan helse nå har utviklet seg til en målestokk på befolkningens liv og livskvalitet i sin alminnelighet, og ikke bare er direkte knyttet til sykdom.

Definisjonen ble imidlertid oppfattet som vag og lite målbar, og det ble gjort flere forsøk på å konkretisere den, og å gjøre den operasjonaliserbar.

Bjørn Hofmann viser i sin artikkel ”Helse, sykdom og kampen om det gode liv” til noen ulike definisjoner eller forsøk på å utforme slike.<sup>57</sup> Én variant er å se helse som ”(...) en *normal funksjon*. Helse er når kroppens biologiske funksjoner er statistisk normale”.<sup>58</sup> Hofmann påpeker imidlertid at denne definisjonen er uegnet, ettersom oppfatning av det normale aldri vil være objektiv.

To andre definisjoner han presenterer, er begge mer i tråd med WHO's helsedefinisjon: ”menneskets ønskede tilpasning til sine omgivelser” eller ”menneskets mulighet for å realisere sine vitale mål”.<sup>59</sup> Her går man utover det rent kliniske og ser mennesket som en del av et hele.

Hofmann konkluderer med at det vil være problematisk å operasjonalisere helsebegrepet fordi det ikke er tilstrekkelig konkret, og fordi det vil variere fra individ til individ og fra kultur til kultur. ”Dersom helse defineres som mer enn fravær av

---

<sup>56</sup> <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Korrekt ref.: "Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948."

<sup>57</sup> Hofmann, Bjørn: ”Helse, sykdom og kampen om det gode liv”, Nytt norsk tidsskrift 1/1999

<sup>58</sup> Boorse, Christopher: “Health as a theoretical concept” *I philosophy of Science*, 44:542–73, 1977. (Sitert fra: Hofmann, Bjørn: ”Helse, sykdom og kampen om det gode liv”, Nytt norsk tidsskrift 1/1999)

<sup>59</sup> Op.cit.



sykdom, som velvære, er helse et spørsmål om 'det gode liv'.<sup>60</sup> Problemet vil være at det som er godt og tilstrekkelig ett sted og for ett menneske, ikke nødvendigvis vil være det samme andre steder og for andre individer.

De ulike definsjonsforsøkene Hofmann presenterer, mener jeg illustrerer godt problemet med å skulle operasjonalisere en visjonær formulering. Dette er problematisk all den tid det utvidede helsebegrep reflekterer en målsetting mer enn en handlingsplan.

Helsebegrepet kan også forstås ved hjelp av dets tilsynelatende motsetning: sykdomsbegrepet. Dette har alltid innbefattet mer enn den enkeltes sviktende helse. Ser vi utover individnivået og studerer menneskets skrantende helbred i et større perspektiv, vil kan hende de mange faglige fremskritt, de politiske prioriteringer og engasjementet for pasientens velvære forklares på flere måter enn den rent humanistiske og menneskerettslige. Det vil være av interesse å søke å avdekke de mekanismer som måtte ligge til grunn for iveren etter å investere både vitenskapelige midler, menneskelige ressurser og ikke minst pasientens eget velvære for å overskride lidelser, og å utsette død.

I Susan Sontags essay "Sykdom som metafor" og "Aids som metafor" er det diagnosenes sosiale stigma som er utgangspunkt. Hun viser at når omgivelsenes oppfatninger av diagnosen er av negativ og sterk karakter, kan de enda mer enn selve sykdommen bidra til å gjøre tilværelsen problematisk og smertefull.<sup>61</sup> Essayene til Sontag presenterer gode eksempler på at sykdom i vår kultur representerer langt mer enn en somatisk tilstand, og det her beskrevne prosjekt vil ta sikte på å forfølge denne problematikken.

En annen innfallsvinkel ser vi hos den franske filosofen Georges Canguilhem, som ikke nødvendigvis ser behovet for å forsikre seg om at man er frisk som medisinsk

---

<sup>60</sup> Hofmann viser til en rekke andre eksempler på forsøk på å definere helsebegrepet, men faller selv ned på at det vil være sykdomsbegrepet som må defineres for å finne frem til grunnlaget for helsetjenesten. Jeg vil ikke gå nærmere inn på disse drøftingene her, da jeg kun ville gi eksempel på problematikken vi står overfor når sykdomsbegrepet skal defineres.

<sup>61</sup> Sontag, Susan: *Sykdom som metafor. Aids och dess metaforer*, 2001(1977/1988)

fundert.<sup>62</sup> Hans utgangspunkt er at en del av premissene for å være et levende individ er at vi av og til blir syke, noen ganger alvorlig, andre ganger mindre alvorlig. Det er en biologisk norm, hvilket gjør sykdom til en variant av normaltilstanden. Ifølge et slikt perspektiv er det ikke nødvendigvis selve sykdommen som er problematisk, men frykten for sykdom.

Georges Canguilhems teorier kan så suppleres med professor Charles E. Rosenbergs oppfatning av at sykdom er et sosialt fenomen som ikke eksisterer før man blir enig om at det eksisterer.<sup>63</sup> Slik blir diagnosene avgjørende, og det blir ifølge Rosenberg viktigere med en dårlig prognose enn ingen. Sykdom tjener følgelig som en struktureringsfaktor i sosiale situasjoner.

På liknende vis blir også medisinen som sådan stadig mer synlig som sosial institusjon. Gjennom for eksempel apotek, reklame og holdningskampanjer blir helse spørsmål en stadig større del av det offentlige rom. Den forebyggende medisinen henvender seg til de store massene, og fra å være en vitenskap rettet mot den enkelte kropp og det enkelte individ blir den et sosialt fenomen.<sup>64</sup> I dette perspektivet ser vi relativt klart hvordan temaer omkring helse, medisinske emner og sykdom i stadig større grad blir rettet mot symptomfrie, og blir en større del av normalitetsbegrepet.

### **Velferdsstaten og folkehelsearbeidet**

Utviklingen av velferdsstaten i Norge vil omtales i kapittel 4. Dette vil ikke utgjøre en sentral del av avhandlingen, men en kort presentasjon er relevant ettersom den helsetjenesten som omtales, bygger på – og er en del av – prosjektet med velferdsstaten.

I det følgende vil jeg gjøre rede for på hvilken måte jeg vil anvende begrepet ”velferdsstat”, da det er en rekke oppfatninger av hva det kan inneholde. Den definisjonen av velferdsstatsbegrepet jeg vil støtte meg til i denne avhandlingen, er relativt vid, og er formulert av dr. philos og tidligere professor i historie ved Universitetet i Oslo, Anne-Lise Seip:

---

<sup>62</sup> Canguilhem, Georges: ”Det normale og det patologiske”, Arr 2–92

<sup>63</sup> Rosenberg, Charles; Golden, Janet (red.): *Framing Disease: Studies in Cultural History*, 1992

<sup>64</sup> Armstrong, David: *Political Anatomy of the Body, Medical knowledge in Britain in the twentieth century*, 1983

”(…) lar i utgangspunktet mitt begrep være videst mulig, og ser velferdsstaten som en stat hvor medlemmenes velferd er et formulert mål for den offentlige politikk, og hvor staten treffer aktive tiltak for å nå dette mål.”<sup>65</sup>

Slik jeg forstår og bruker begrepet her, er det en betegnelse på hele det samfunnet som er tuftet på sosialdemokratiske verdier der alle skal ha de samme muligheter og forutsetninger. Dette vil gjelde alle livets områder, og i alle de ting som behøves for å leve et anstendig og godt liv. Hva som til enhver tid anses som *godt*, vil imidlertid endres ut fra forutsetningene. Seip skriver videre: ”Forestillingene om hva som er velferd, endres i takt med økonomien, med problemenes art, og etter hvem som har makten til å definere dem og utforme løsninger.”<sup>66</sup> Dermed må begrepet og forestillingen om velferdsstaten ha nær forbindelse til hvilke sosialpolitiske utfordringer og oppgaver man står overfor i øyeblikket.

Jeg kommer ikke til å ta for meg velferdsstaten som helhet, men luke ut bestemte deler av den der arbeidet med å oppnå bedret helse i befolkningen vil stå sentralt. Helse- og omsorgsdepartementet har definert folkehelsebegrepet på følgende måte:

*Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen, redusere faktorer som medfører helseisiko og beskytte mot ytre helsetrusler. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.*

*Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å:*

- *Utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil*
- *Fremme trygghet og medvirkning for den enkelte og gode oppvekstvilkår for barn og ungdom*
- *Forebygge sykdommer og skader*<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Seip, Anne-Lise: *Om velferdsstatens fremvekst. Artikler*, 1981 s. 10

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877>. Formuleringen bygger på definisjonen i NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*: ”Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.”

Folkehelsearbeidet er ifølge denne definisjonen konkrete tiltak og målrettet arbeid for å bedre befolkningens helse.

### 3. Metode

Avhandlingens tema og drøftinger ligger i skjæringspunktet mellom medisin og idéhistorie. Dette er to svært ulike fag, særlig fordi det ene er en utøvende praktisk profesjon og det andre er et teoretisk, analytisk og kulturkritisk fag.

Jeg skal i det følgende gjøre rede for hva jeg legger i begrepet ”tverrfaglig” og hvordan de ulike fagenes stilling vil være i avhandlingen. Jeg vil drøfte innfallsvinkler som ligger til grunn, og metoden brukt for å besvare spørsmålene.

#### Tverrfaglig vinkling

Hensikten med å drøfte problemstillingen på tvers av faggrensene er å få belyst et omdiskutert medisinsk tilbud – diagnostisering av presumptivt friske mennesker – fra et perspektiv der det ikke kun er de kliniske og direkte helsemessige resultater som står i sentrum, men kulturmenneskets streben etter å finne seg til rette i kulturen.

I avhandlingen drøftes den medisinske praksisen der presumptivt friske mennesker undersøkes for potensiell sykdom. Medisinske undersøkelser med sikte på å finne helsemessige uregelmessigheter uten at det foreligger symptomer, er blitt utsatt for kritikk på tre plan:

- a) **Klinisk.** Fra medisinfaglig hold blir det drøftet hvorvidt de ulike undersøkelser og helsefremmede tiltak virkelig har ønsket funksjon for folkets helse. Der det er tvil om effekten, drøftes det også om de ulike undersøkelsene kan gjøre mer skade enn gagn.
- b) **Samfunnsøkonomisk.** Helsetiltak av preklinisk karakter er kostbart, og det vil alltid være et spørsmål om utgiftene står i forhold til gevinsten.
- c) **Befolkningens velvære.** Kritikere påpeker faren ved i stor utstrekning å vektlegge den enkeltes risiko for å bære eller å få alvorlig sykdom. Man frykter en sykdomskultur der det blir mer eller like alminnelig å være syk som frisk.

Drøftingene i avhandlingen vil ta sikte på å undersøke hvorvidt tjenestene kan ha andre eller flere funksjoner enn dette, og som kan imøtekomme kritikken over. Dette vil gjøres ved å drøfte ett konkret medisinsk tilbud ut fra medisinske termer og premisser, i et kulturperspektiv der den kliniske helse ikke nødvendigvis står sentralt.

### **Fremgangsmåte**

Metodologisk vil avhandlingens drøftinger bygge på en hermeneutisk tradisjon, der problemstillingen i hovedsak er den samme, men drøftes fra ulike vinklinger. I denne sammenhengen er det forholdet mellom deler av helsetjenesten og det å være kulturmenneske som vil bli belyst fra ulike vinkler og forutsetninger.

Som jeg gjør rede for senere i kapittelet, vil avhandlingen teoretisk sett være fundert på tolkninger av Sigmund Freud og Friedrich Nietzsches begreper om hhv. ubehaget i kulturen og overmennesket. Det vil ikke være disse begrepene eller meningsinnholdet konkret som vil være grunnlaget, men en fortolkning av disse. Her vil problemstillingen omkring et eventuelt ubehag drøftes mot ulike former for helsetjeneste. Jeg vil ta utgangspunkt i det jeg vil definere som kulturmennesket, som vil være en konstant aktør. Denne drøftes med basis i at tilværelsen gir behov for lindrende midler, eller det motsatte – at det ikke er behov for lindrende midler. Det vil være ulike former for helsetjenester som vil drøftes som det middelet kulturmennesket vil benytte for enten å holde ut det å være kulturmenneske, eller å styrke evnen til å ikke være avhengig av lindrende midler. Disse tre komponentene – de ulike helsetjenester, kulturmennesket og kulturens innvirkning/betydning for kulturmennesket – vil drøftes mot hverandre på en dynamisk måte.

I motsetning til eksempelvis et positivistisk fundament, der det tas sikte på å finne klare etterprøvbare svar, vil det være resonnementet som er sentralt for konklusjonen som trekkes. Konklusjonen vil følgelig ikke kunne betraktes som en absolutt sannhet, men som en av flere tolkninger av et fenomen.

### **Historieoppfatning**

I drøftingene vil det moderne fenomenet som helsetjenestens funksjon for kulturmennesket av i dag i noen grad ses i lys av fortolkninger av historiske hendelser. I denne sammenhengen vil særlig kristendommens stilling før og nå være

av betydning. Dette fordi det vesentligste lindrende middelet kulturmennesket benyttet seg av, var nettopp religionen, ifølge Freud.

Et premiss i resonnementet er at det er et verdslig tankesett og verdensbilde som dominerer, og at religionen ikke lenger er et lindrende middel mot ubehaget. Dette gjør nye lindrende midler nødvendig. Overgangen fra et religiøst til et verdslig tankesett vil derfor ha en posisjon i resonnementet. Det vil da bli tatt utgangspunkt i den populære oppfatningen om at kristendommen som grunnleggende for menneskenes livssyn og verdensoppfatning kom på vikende front på 1500-tallet, og at det rasjonelle i vår tilnærming til verden ble styrket, sågar overtok. Det var særlig oppdagelser av naturvitenskapelig karakter som bidro til endring i tidens verdensbilde, og som førte til at kulturmenneskets ubehag ble styrket. Denne overgangen og situasjonen som kulturmennesket blir stilt overfor, blir presentert i kapittel 2.3. Her vil jeg imidlertid bringe på det rene at dette kun vil stå som eksempel på hvordan kulturmennesket reagerer på tapet av et lindrende middel generelt, og ikke nødvendigvis religionen særskilt. Det vil være overgangen fra ett tankesett til et annet som illustrerer kulturmenneskets dilemmaer, og da med utgangspunkt i overgangen fra middelalder til det som gjerne betegnes som opplysningstid.

Når dette kun står som en illustrasjon, skyldes det også at overgangen fra middelalder til opplysningstiden, ikke var så lineær og ukomplisert som presentert i eksempelet. En interessant kommentar til dette finnes i Steven Shapins *Den vitenskapelige revolusjonen*.<sup>68</sup> Han minner om at begrepet ”Den vitenskapelige revolusjon” ikke ble tatt i bruk før i 1939, og er en typisk moderne oppsummering av historiske begivenheter. Dette igjen viser at vår historielekning ofte preges av nåtidens privilegerte ståsted, der overblikk kan gi sammenheng. Han påpeker at det vi i dag kaller en revolusjon ikke nødvendigvis dekkes av denne betegnelsen. Det fantes heller ikke nødvendigvis en ensartet aktivitet man kunne kalle ”vitenskap” som var av en sådan karakter at en slik revolusjonerende endring i det hele tatt kunne finne sted. Han viser til kritikere som trekker i tvil at det fantes en vitenskapelig metode, ”(...) en enhetlig, universell og effektiv samling av prosedyrer for å frembringe vitenskapelig kunnskap”. Videre skriver han at det ikke er så sikkert at de endringene

---

<sup>68</sup> Shapin, Steven: *Den vitenskapelige revolusjon*, 1999 (1996, 1998)

som preget vitenskapen virkelig var så revolusjonerende, og han er kritisk til oppfatningen om at alt skal ha gått omtrent i lineær strek fra 1600 frem til i dag. Et annet klassisk verk som omhandler og problematiserer oppfatningen av vitenskapshistorien, er Thomas S. Kuhns *Vitenskapelige revolusjoners struktur*. Også her vektlegges betydningen av å ha in mente at historiske utviklinger, og i dette tilfellet de vitenskapelige, ikke nødvendigvis skjer planmessig, og at prosessene ikke behøver å være så rasjonelle som de kan hende fremstår.<sup>69</sup> Poenget i begge verkene er å vise det komplekse i historielesning og begrepsforståelse. I denne sammenhengen vil jeg likevel benytte meg av det enkle og unyanserte begrepet ”opplysningstiden” om perioden 1500–1700-tallet, selv om jeg verken argumenterer for at folket ble særlig mer opplyst, hvilken retning en eventuell opplysning bar, eller på hvilken måte dette kan ha skjedd. Min hensikt med eksempelet er kun å påpeke ulike utfordringer menneskene ble stilt overfor i overgangen fra ett sett parametre (religiøse) til et annet (den empirisk funderte naturvitenskapelige), ikke å gjøre rede for de ulike måter å forstå eller tolke historien på.

#### **Helsetjenesten én av mange muligheter**

Jeg understreker at valget av helsetjeneste som en mulig kanal til å håndtere det å være et kulturmenneske kun er én av mange muligheter. Jeg viser at religionen har vært en kanal som tidligere kan ha kommet kulturmennesket til unnsetning i forsøket på å holde ut. Spørsmålet i avhandlingen er slik hvordan kulturmennesket håndterer sin situasjon, og hvordan det benytter – i dette tilfellet – en institusjon som helsetjenesten i sitt prosjekt.

Slik religionen vil være en av mange muligheter for at kulturmennesket skal kunne holde ut ubehaget, blir helsetjenesten det samme. Helsetjenesten – og de ulike nyanser i denne som jeg drøfter – vil følgelig ikke ses på som noen erstatning for religionen, men som en selvstendig størrelse.

Det viktigste med valget av helsetjenesten som objekt for drøftingene er at dette er en institusjon som angår hele befolkningen, og som trenger gjennom kulturen. Ikke

---

<sup>69</sup> Kuhn, Thomas S.: *Vitenskapelige revolusjoners struktur*, 2002 (1996) (The Structure of Scientific Revolutions, 1962, 1970)

minst handler den om en størrelse som er av vesentlig betydning for kulturmennesket: liv og død.

### **Empirisk fundament vs. teori**

Jeg skal undersøke hvorvidt enkelte helsetjenester kan ha en funksjon utover det kliniske, og det vil være to forutsetninger som ligger til grunn: først at livet og tilværelsen faktisk innebærer utfordringer som gjør det nødvendig å finne utveier til å kunne håndteres, dernest at helse spørsmål har en sentral rolle i befolkningens bevissthet. Begge spørsmål vil drøftes i avhandlingen.

Avhandlingen hviler på et empirisk fundament der gitte sykdommer og behandlingen av disse utgjør én del, og bestemte institusjoner i samfunnet – velferdsstat og helsetjeneste – utgjør en annen. Sentrale sykdommer i drøftingene er tuberkulose og siden ulike krefttyper, og det er diagnostisering og behandling av disse som står sentralt i resonnementet. Her vil inngå sykdommenes utvikling, deres stilling og status i det offentlige rom og på listen over prioriterte sykdommer i behandlingssammenheng. Ulike behandlingsformer blir drøftet, også behandlingsmåter som er i ferd med å utvikles, her eksemplifisert med genteknologi.

Institusjonene som drøftes, vil være velferdsstaten og deler av den. Også de politiske beslutningene som ligger til grunn, vil være av betydning, samt drøftingene som ble og er blitt gjort omkring dem.

I drøftingene omkring disse sykdommenes rolle, og institusjonenes mulige rolle utover den kliniske/medisinske, vil jeg følge et teoretisk resonnement som er bygget på verker av Sigmund Freud og Friedrich Nietzsche (se kap. 2). Jeg vil siden også drøfte medisinsk praksis og bestemte helsetjenesters funksjon utover hensynet til pasienten, eller der pasienten/brukeren ikke har noen sentral rolle.

Avhandlingen tar sikte på å vise hvordan komponenter i kulturen kan ha betydning for den enkelte, og ”kulturen” vil i stor utstrekning bli presentert via realhistoriske data. Det kan imidlertid være behov for å illustrere poeng med noe mer generelle termer, og jeg har da benyttet meg av uttrykksformer som ikke kan etterprøves i tradisjonell forstand, men som har en høy verdi som illustrasjon og som uttrykk for en



bestemt praksis eller holdning. Av eksemplene jeg bruker for å skissere konteksten jeg omtaler, er kunst og skjønnlitteratur. Skjønnlitteratur har i den senere tid blitt anvendt i medisinsk sammenheng, da både gjennom artikler og utgivelser som bøker.<sup>70</sup> Fordelen med dette er at man kan studere pasientens erfaringer versus medisinen, legene og sykehuset som et narrativ. Pasientens møte med sykehuset og legekantoret vil bli en del av pasientens livshistorie, og et litterært perspektiv på medisinen kan så tenkes å åpne for bedre forståelse av pasientens liv og situasjon. Jeg mener litteraturen også kan være relevant for å speile samfunnet og de holdningene og oppfatningene som til enhver tid råder, og som skal vise kontrasten til vår tid.

Både når jeg benytter disse eksemplene og når jeg beskriver tendenser i de ulike periodene, er det for å illustre hvordan et mentalitetstrekk jeg argumenterer for også kan finnes igjen i andre deler av samfunnet enn den enkelte helsemessige konteksten. Jeg vil understreke at dette vil være eksempler på at tendensene som jeg omtaler i forbindelse med bruk og virkningen av en helsetjeneste, kan forstås som en del av en større sammenheng. Tendensene jeg fremhever, er ikke ment å skulle være universelle. Når jeg eksempelvis argumenterer for at mentaliteten i mellomkrigstiden generelt sett var for lite individualistisk, insisterer jeg ikke på at dette var en universell holdning. Men dette var tendenser som var rådende, og som kan ha hatt betydning for hvordan jeg tolker – i denne sammenhengen – kulturmenneskets forutsetninger for å oppnå autonomi.

#### **4. Teoretisk perspektiv**

Det teoretiske grunnlaget for drøftingene vil bli presentert i kapittel II, men jeg skal her introdusere anvendte begreper og noen grunnleggende premisser og avgrensninger.

En forutsetning for problemstillingen er oppfatningen av at livet for kulturmennesket innebærer store eksistensielle utfordringer som vi stadig forsøker å håndtere.

---

<sup>70</sup> Frich, Jan C; Jørgensen, Jørgen: ”Medisin og litteratur – tolking og diskusjon av skjønnlitterære tekster i grunnutdanningen”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1160–4/2002

Det vil ligge to teoretiske utgangspunkt til grunn for problemstillingene som blir drøftet. Den første baserer seg på Sigmund Freuds (1856–1939) oppfatning av at livet som siviliserte mennesker er så omkostningsfylt at vi må ha midler som hjelper oss til å holde ut. Verket *Ubehaget i kulturen* står sentralt i fortolkningen av Freud. Den andre vinklingen tar utgangspunkt i Friedrich Nietzsches (1844–1900) ideer om menneskets potensial for å oppnå full integritet og autonomi, og bygger på min tolkning av verket *Zarathustra* og begrepene overmennesket og vilje til makt. (Se nedenfor: ”Det autonome kulturmennesket”.)

Avhandlingen tar ikke sikte på å presentere noen utlegninger av verken Freuds eller Nietzsches teorier. Disse er kun benyttet som utgangspunkt for resonnementet der jeg vil hente begreper, samt begrunnelser og argumentasjon for menneskets potensial og begrensninger.

### **Kulturen fører til ubehag**

Kjernen i resonnementet tar utgangspunkt i Sigmund Freuds verk *Ubehaget i kulturen*, som gjør rede for våre plager og hva som må til for å gjøre disse til å holde ut. ”Vi” og ”våre” er i denne sammenheng menneskene som har forpliktet seg til å leve etter de skrevne og uskrevne regler som til enhver tid gjelder i samfunnet, og som innretter seg etter reguleringer og de begrensninger dette krever. I Freuds verk, så vel som i denne avhandlingen, er dette betegnet som *kulturmennesker*. Dette står i motsetning til det som her er begrepsfestet til ”naturmennesket”, som lever uhemmet i naturen der driftene får fritt spillerom. Som kulturmennesker må vi følge fornuft og regler, som igjen gir begrensninger.

Kulturen legger press på individene om å innordne seg etter bestemte strukturer. Det foreligger krav om å utvise dannelse og evne til å tilpasse seg de til enhver tid gjeldende regler. Kravet om å utvise fornuft og rasjonalitet, samt forpliktelsen til kutymentene, hemmer spontaniteten. Dette, og de forbudene som må følges, hemmer kulturmennesket, men ikke minst er det en påminnelse om den frihet man ikke lenger er i besittelse av. Det er dette Freud betegner som ”ubehaget i kulturen”; ubehaget knyttet til å dempe de naturlige driftene og å tøyse instinktene til fordel for det rasjonelle og for dannelsen. Kulturmennesket slik jeg benytter begrepet i det videre, vil være menneskene som lever i denne kulturen og i samfunnet, og som har krav på

seg om å oppfylle de skrevne og uskrevne reglene nevnt over. Det er befolkningen som er underlagt kulturen, dannelsen, som må begrense seg og ta seg sammen.

Ifølge Freud innebar overgangen fra natur til kultur at vi måtte legge bånd på oss og tøyse impulsene, og det å holde tilbake aggresjonslysten forsterker ubehaget.<sup>71</sup> Dette igjen medførte at livet som siviliserte mennesker alltid ville romme et savn etter det som var. Ubegagat styrkes og gjør kulturmennesket skjært gjennom det til tider sterke savnet etter tilværelsen vi forlot. Kulturmennesket er i utgangspunktet et fritt menneske som nå har fått berøvet sin spontanitet, ettersom det rasjonelle krever overveielse og vurderinger. Dette er hva Freud beskrev som ”kulturofferet”.

Tilværelsen som rasjonelt og dannet kulturmenneske vil føre til en tilstand av lammelse. Det som styrker ubegagat, er kunnskapen vi er blitt til del. Som rasjonelle, tenkende vesener har vi dyp innsikt i våre begrensninger. Frykten for å dø, og innsikten i hva vi ikke vet om vår skjebne etter dette, ville ikke plage naturmennesket, slik jeg forstår det her. Rasjonaliteten, fornuften og kunnskapstrangen er en årsak til ubegagat, som gjør at man må ta konsekvenser av sine handlinger, og å håndtere vissheten om alt man ikke vet.

Konsekvensen av å leve i kulturen er at vi blir ufrie. Dette gjør at vi aldri vil være i stand til å erfare den rene lykke, men kan lære å leve med konsekvensene, slik at livet blir til å holde ut. Dette, mener Freud, kan oppnås ved å lindre ubegagat, og han nevner flere midler som kan minske det eller på annen måte gjøre oss i stand til å leve med det (se kap. 2).

Disse begrepene, ”lindring” og ”lindrende midler”, vil stå sentralt i avhandlingen, ettersom det er disse jeg skal undersøke om eksisterer i en sekulær tid. Jeg vil ta utgangspunkt i at det et lindrende middel må kunne tilby for å kunne lindre ubegagat, er å ivareta fellesskapet, skape en forutsigbarhet i tilværelsen og å ivareta den enkelte. Disse tre elementene må være til stede for at en institusjon skal kunne lindre ubegagat.

---

<sup>71</sup> Eriksen, Trond Berg: *Freuds retorikk. En kritikk av naturalismens kulturlære*, 1992 (1991) s. 75

Med utgangspunkt i Freuds teori antar jeg at ubehaget kan lindres, med to alternative måter og to alternative utfall. Den ene måten å gjøre ubehaget mindre på er å la seg avlede fra det. Man har sin oppmerksomhet rettet mot noe annet, man er oppslukt. Dette gjør ubehaget mindre, men på bekostning av integritet og dømmekraft, ettersom oppmerksomheten er redusert. Dette er begrepsfestet som ”avledning”. Den andre måten å holde ut ubehaget på er å finne andre lindrende midler, men som ikke tar oppmerksomheten bort fra tilværelsens realiteter og brutale sannhet. Man benytter sin fornuft og rasjonalitet og beholder sin dømmekraft, og når ubehaget lindres, er det uten illusjoner. Denne måten å lindre ubehaget på har jeg begrepsfestet til at ubehaget ”dempes”.

I konkrete former vil lindring av ubehaget ved hjelp av avledning være eksemplifisert som å leve i henhold til religionen. Når religionen maktet å lindre ubehaget, var det fordi den avledet oppmerksomheten bort fra ubehaget. Som jeg skal vise i del II, advarer Freud sterkt mot religionen, som han mener fører til at man mister dømmekraften og lever i en illusjon. Dette går derfor på bekostning av vår evne til å være kritiske og å ta avgjørelser på rasjonelt grunnlag. Jeg tolker dette til ikke nødvendigvis å gjelde selve troen alene, men alt religionen innebærer som felles tankegods og retningsførende institusjon.

Men der religionen lindrer ubehaget på en slik måte at menneskene mister sin integritet og dømmekraft, presenterer Freud en annen måte å holde ut ubehaget på: *psykoanalysen*. Denne lindrer ubehaget uten å frata en rasjonalitet, integritet og dømmekraft. Man vil ikke bli lykkelig, men man lever som kulturmenneske, man holder ut ubehaget ved hjelp av rasjonalitet og uten noen form for avledninger. Ubegaget blir ikke borte, men det dempes uten at man mister dømmekraft og integritet.

I min tolkning av psykoanalysen som et lindrende middel er det som en konkret størrelse. Det vil være eksempel på en måte å forholde seg til verden på som kulturmenneske, der smerten er like stor og ubehaget like sterkt, men som kan overlevs fordi man har psykoanalysen/de psykoanalytiske prinsipper å leve etter, å tenke på grunnlag av. Den danner en overbygning i en felles referanseramme, den skaper forutsigbarhet gjennom en forklaringsmodell, og den inkluderer hver enkelt.

Det som i avhandlingen blir kalt ”de psykoanalytiske prinsipper”, viser altså til det jeg leser som Freuds psykoanalyse sett i et bredere perspektiv enn kun den lege–pasient-konteksten vi ofte forbinder den med i dag. Jeg ser det ikke som en analysemetode eller en handling eller terapiform, men som et helt tankesett, et helhetlig system, en tilnærming til tilværelsen. Denne tilnærmingen blir implementert i kulturmenneskets tilnærming og teknikk for å tilnærme seg, og å holde ut, tilværelsen som kulturmenneske. Den fjerner ikke ubehaget, men lindrer det uten å frata den enkelte sin rasjonalitet, og å sende den inn i en illusjon.

Oppsummert blir ubehaget i avhandlingen forstått slik at det må lindres, og at det er to måter å lindre det på: den ene, avledning, som går på bekostning av evnen til å forholde seg til realitetene, og som gjør at man lever i en illusjon, og den motsatte, demping, der lidelsen fremdeles er der, men man konfronterer den. Ingen av disse utveiene vil gjøre kulturmennesket lykkelig, men ubehaget blir lettere å bære.

#### **Det autonome kulturmennesket**

Senere i avhandlingen vil jeg drøfte de samme problemstillingene omkring menneskets forutsetninger til å leve i kulturen, men under en annen forutsetning – nemlig at ubehaget ikke er så sterkt som antatt. Det vil fremdeles være kulturmennesket som drøftes, men som nå enten ikke er rammet av et slikt ubehag som til nå er drøftet, eller har overvunnet det.

Kulturmennesket blir også nå regnet som dannet og formet, og i utgangspunktet fratrukket sin opprinnelige frihet som naturmenneske, men uten at det nødvendigvis fører til et ubehag på samme måte som tidligere antatt.

Jeg vil fremdeles fastholde helsetjenestens sterke betydning, men nå under forutsetningen av at man faktisk er i besittelse av potensialet for å oppnå autonomi, og at i den grad det måtte finnes et ubehag, vil det ikke berøre en. Ubehaget blir altså ikke bare lindret, men overvunnet.

I drøftingene av i hvilken grad enkelte helsetjenester kan bidra til å styrke kulturmenneskets autonomi, vil jeg følge Friedrich Nietzsches tiltro til mennesket.

Ikke bare har det potensial til å være fritt og uavhengig i seg selv, men også til å nå denne målsettingen. I dette perspektivet vil kulturmennesket, også hvis det skulle være plaget av ubehaget, ikke ville måtte ha som målsetting å lindre det, men å leve med det uten å bli anfektet av det.

Det vil være en tolkning av Nietzsches begrep ”vilje til makt” som ligger til grunn for disse drøftingene. Begrepet er hentet fra en av Nietzsches siste bøker, *Zarathustra*, der vi følger mannen med samme navn i hans forsøk på nettopp å få menneskene til å benytte seg av det potensialet han mener de har, til å løsrive seg og finne frem til styrken i seg selv, styrken som skal gjøre lindrende midler overflødig.

Det er særlig måten Nietzsche bruker den litterære karakteren til å forvalte de religiøse symboler til inntekt for sin egen teori på som gjør den relevant. Freud hadde ansett religionen for å stå i veien for menneskenes mulighet for integritet og dømmekraft, og vi ser det samme hos Nietzsche. Men i motsetning til Freud ser ikke Nietzsche religionen som en trussel mot menneskenes integritet, men vektlegger menneskets mulighet til å bruke religionens makt til egen gevinst. Dette illustreres ved hvordan Zarathustra presenteres i bibelsk språk og handlingskomponenter.

Et godt eksempel på dette fra boken er da Zarathustra etter ti års kontemplasjon i fjellene reiser tilbake til befolkningen for å formidle sitt budskap, nemlig at mennesket faktisk har både anledning og potensial til å leve uten å måtte ha noe å støtte seg til. Måten dette blir skildret på, har komponenter både fra selve religionshistorien og språk- og fortellermåten den ble formidlet på i bibelsk sammenheng. Et eksempel på dette er hentet fra begynnelsen av boken da han skildrer det offer han er i ferd med å gjøre da han forlater sin kontemplative tilværelse. Som den nye Messias beveger han seg ned i dypet til menneskene for å frelse dem og gi dem oppvåkning.

”Da Zarathustra fylte tredve år, brøt han opp fra sitt hjem og sin hjemlige sjø og søkte opp i fjellene. Her nød han sin ånd og drakk av sin ensomhet – i ti år – uten å bli trett. Men endelig var hans hjerte forvandlet, og en morgen sto han opp med morgenrøden, trådte frem for solens ansikt, hilste den store

stjerne og sa: 'Du stolte stjerne! Hvor var din lykke hvis du ikke hadde dem du lyser for!''<sup>72</sup>

Når Zarathustra henvender seg til folket og forsøker å fremme det Nietzsche kaller *vilje til makt*, vil dette i avhandlingen ses på som en illustrasjon på å fremme en form for egenvilje i befolkningen. Målsettingen da vil være at befolkningen fremfor å oppleve tapet av naturmenneskets frihet som et ubehag, ser det som ervervelse av frihet og muligheter, hvilket kan gi mulighet for å leve og agere selvstendig og å ha selvstyre over eget liv. Deres avgjørelser og vurderinger vil da skje uten frykt og med full autoritet over eget liv.

Når Nietzsche benytter seg av kristusmetaforen, går han også rett til kjernen av kulturmenneskets problem, slik Freuds anklager lød: at religionen benyttes til å holde ut tilværelsen som siviliserte og ansvarlige mennesker. For begge står religionen i veien for vår mulighet til integritet og frihet. Forskjellen mellom Freuds løsning og Nietzsches er, slik jeg benytter dem her, at den første vil fastholde at vi ikke kan bli lykkelige. Vi vil fremdeles ha behov for måter å lindre ubehaget på. Religionen er bare et uønsket lindrende middel, og bør erstattes av et annet. Det Nietzsche formidler, er alternativet, nemlig at vi faktisk har mulighet til å leve med ubehaget, men uten lindrende midler. Også han mener at religionen står i veien for kulturmenneskets autonomi, og utsagnet "gud er død" forstås her til at kulturmennesket ikke har behov for lindrende midler eller religionen, og gudsstørrelsen har følgelig ikke lenger legitimitet.

At religionen ikke lenger har autoritet over kulturmennesket, innebærer ifølge Trond Berg Eriksen at det ikke lenger finnes én enkelt forklaring på verden slik religionen hadde gitt. Verden mister sin mening, og det blir vanskelig å finne noe formål bak noe.<sup>73</sup>

Dette kan, slik jeg har fremstilt det her, føre til det ubehaget Freud snakket om. Men hvis kulturmennesket benytter sitt potensial til å overvinne ubehaget, og å leve uten lindrende midler, kan det også føre til den autonomi Nietzsche omtaler. Man er ikke avhengig av å finne formål bak noe for å holde ut. Der livet som kulturmenneske hos

---

<sup>72</sup> Nietzsche, Friedrich: *Slik talte Zarathustra*, 1994 (1962), s. 1

<sup>73</sup> Eriksen, Trond Berg: *Nietzsche og det moderne*, 1992 (1989), s. 73

Freud skapte ubehag og behov for lindrende midler, vil det hos Nietzsche gi mulighet til å opparbeide autonomi.

Jeg vil understreke at når jeg i mine analyser benytter meg av Nietzsches tankegods, vil det kun være som et utgangspunkt for tolkninger. Fordi hans begreper vil være et utgangspunkt og ingen direkte bruk av hans teorier direkte, vil jeg heller enn viljesbegrepet begrepsfeste kulturmenneskets potensial til å oppnå *autonomi*. I dette ligger fullstendig selvbestemmelse og handlefrihet, uten ubehag eller behov for lindrende midler. Når kulturmennesket har oppnådd en slik autonomi, har det også integritet og selvbestemmelse over egne valg og handlinger.

Beretningen om Zarathustra er, slik jeg vil bruke den her, en illustrasjon på at kulturmennesket faktisk har mulighet til å bryte ut av fangenskapet og å hente frem evne til selvbestemmelse og integritet. Som hos Freud er religionen den sterkeste trusselen mot integritet, men til forskjell fra Freud mener Nietzsche at det er mulig for mennesket å leve fritt (og lykkelig) uten noen form for lindrende midler.

I denne sammenhengen vil det være ulike helsetjenester som drøftes i forhold til ubehaget, alternativt muligheten til å leve som autonome kulturmennesker. Helsetjenesten vil stadig være den institusjonen som handler om de grunnleggende spørsmål som liv og død, som igjen er sentralt i problemstillingene om kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt – kildene til ubehag. Men i prinsippet kan dette vel så gjerne styrke kulturmenneskets autonomi som å lindre dets ubehag: Hvis kulturmennesket ikke erfarer ubehaget, kan det ha en annen funksjon – å bidra til autonomi.

## **5. Valg av eksempler**

I første del av avhandlingen skal jeg undersøke om enkelte av helsetjenestens tilbud kan ha funksjoner for menneskets forsøk på å holde ut ubehaget. For å illustrere helsetjenestens rolle og funksjon bruker jeg særlig to eksempler på sykdomstyper som på hvert sitt vis kan illustrere prosjektet med å lindre ubehaget: tuberkulose og kreft. I del V vil jeg gå videre og undersøke kulturmenneskets mulighet for å oppnå autonomi. Et sentralt eksempel da er undersøkelser for kreft. Det særegne med



nettopp disse to sykdommene er at de er blitt regnet som folkesykdommer, og at de både har og har hatt stor symbolbetydning. De vil derfor stå sentralt i resonnetet, og i det følgende vil jeg kort presentere dem.

### **En folkesykdom og institusjon: tuberkulosen**

Tuberkulosen, og behandlingen av den, er i denne sammenhengen et godt eksempel på kulturmenneskets utfordringer og hvordan bestemte helsetjenester kunne ha betydning for disse. Tuberkulosen angikk hele befolkningen på et eller annet vis, og derfor gjaldt også det forebyggende arbeidet mot sykdommen alle. Det var særlig gjennom masseundersøkelsene av symptomfrie – med formål å finne tuberkelmittede før sykdommen eventuelt ga symptomer – at hele folket ble involvert.

Tiltakene mot tuberkulose hadde to formål: Den skulle verne de friske mot de syke, men også sikre at de syke ble ivaretatt. Tuberkuloseloven av 1900 var et eksempel på å ivareta begge hensyn – kontrollere befolkningen og dermed også smitten. Loven innebar meldeplikt, tilsyn, tvangsinnleggelse og tvungne hygieniske tiltak, og vakte motstand i befolkningen. Storstilte tiltak ble iverksatt også for lokalisering av potensielle smitekilder. Et av de største tiltakene ble gjennomført i perioden 1912–1915, med omfattende undersøkelse av 3000 folkeskolebarn i byen.<sup>74</sup>

Tiltakene fortsatte utover århundret. Skolebarnsundersøkelsen og pirquet-prøvene i mellomkrigstiden ivaretok de unge, og skjermbildek kontrollene fra 1943 bidro til at hele befolkningen ble berørt – friske som syke.

Tuberkulosen er blitt assosiert med fattigdom fordi spredningsvilkårene var best i områder med dårlig hygiene og tett bebyggelse, men i virkeligheten rammet sykdommen alle lag av befolkningen (se kap. 4.3.). Etter hvert som den ble mer utbredt, ble ikke undersøkelsene lenger forbundet med stigmatisering. Masseundersøkelsene skulle tjene befolkningen på to plan: Den skulle virke beskyttende på samfunnet, men også fange opp den enkelte og gi mulighet for behandling. Slik kunne sykdommen og måten man angrep den på, angå hele folket – alle aldrer og alle samfunnslag.

---

<sup>74</sup> Schiøtz, Aina: *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*, 2003, s. 248

En innvending mot å benytte dette eksempelet er at sykdommen er på tilbakegang i det tidsrommet den drøftes i avhandlingen. Sykdommen hadde sitt høydepunkt i siste del av 1800-tallet; i oversikten over oppgitte dødsårsaker i statistisk årbok, er lungetuberkulose den vesentligste (vanligste) dødsårsaken i perioden 1869–1878, med 19 494 tilfeller. Kreft kommer her et stykke ned på listen med 5 671 dødsfall, etter lungebetennelse, meningitt og skarlagensfeber.<sup>75</sup> Ti år senere har antall dødsfall av tuberkulose økt dramatisk: I perioden 1871–1885 er dødstallet kommet opp i 34 726. Men sammenliknet med kreft er økningen ikke like faretruende. Kreft har på den samme tiden fordoblet tilfellene til 11 063 dødsfall. Den har passert meningitt i dødstill, mens lungebetennelse og skarlagensfeber fremdeles står mellom tuberkulose og kreft.

Sykdommen var den viktigste dødsårsaken i landet som helhet så sent som i perioden 1921–25, men etter 1925 begynte tallene å synke, denne gangen permanent.<sup>76</sup>

Når sykdommens utbredelse omkring 1930-tallet likevel er valgt som tidsramme for eksempelet, skyldes det av nettopp overgangen fra ett sykdomsbilde til et annet vil være et viktig poeng i resonnementet. På denne tiden har den vært aktiv i lang tid, og har fått godt feste i befolkningens bevissthet.

En annen innvending mot å la tuberkulosen spille en så vidt sentral rolle i resonnementet, er at det var en rekke andre sykdommer som på grunn av smittefare preget befolkningen, og der man også intervenerte med frihetsmoderasjon. Et eksempel er da man i 1857 fikk brakt på det rene at leprasykdommen var smittsom. Nå ble det iverksatt store tiltak, og isolasjon var et vanlig virkemiddel.<sup>77</sup> Dette er også et eksempel på en sykdom som berører hele befolkningen og til dels kulturen, og viser at tuberkulose ikke på noen måte er enestående. Men det unike med tuberkulose er likevel at den ikke bare berørte et helt folk, den førte også til igangsetting av de første masseundersøkelsene og var katalysator for å etablere et organisert og målrettet folkehelsearbeid. Den var dessuten en sykdom som engasjerte hele befolkningen og hadde stor symbolverdi. Ikke minst hadde den – som jeg skal vise – stor betydning

---

<sup>75</sup> Statistisk årbok 1880. Merk at tuberkulose her er iberegnet svindsot og lungetuberkulose, så tallene kan være noe høyere.

<sup>76</sup> Schiøtz, Aina, 2003, s. 208

<sup>77</sup> Patrix, Johanne-Margrethe: *Gerhard Armauer Hansen. Leprabasilens oppdager*, 1997, s. 246, 252

også for flere sider av samfunnet, som infrastruktur, kultur og politikk. En annen grunn er at tuberkulose som epidemi ligger nær oss i tid, og det vil kan hende være enklere å relatere til det samfunnsbildet vi kjenner fra i dag.

### **Kreft – den nye kjempen**

Da dødstallene forbundet med tuberkulosen gikk tilbake, ble sykdomsbildet også endret, og andre sykdommer ble en like stor eller større trussel for befolkningen. Dette kunne være sykdommer som allerede hadde høye dødstall og hvis alvor nå kom sterkere frem, eller sykdom som av ulike årsaker økte i dødstall og innsidens.

Typisk var at det var ikke-infeksjonssykdommer som tok over, og det var særlig kreft og hjerte- og lungesykdommer som representerte den nye helsetrusselen.

I avhandlingen vil det være kreftsykdommer som representerer det nye sykdomsbildet. Kreftsykdommen utmerket seg når det gjaldt primær helsetrussel, særlig forebyggende arbeid i å ivareta større deler av befolkningen – med eller uten symptomer. Forsknings- og behandlingsskapasitet ble rettet mot denne sykdommen, og det samme med oppmerksomhet i det offentlige rom. Ved å ha to aspekt ved seg – sykdommen i seg selv og måten den ble angrepet på – har den viktige fellestrekk med tuberkulosen som gjør den til et relevant eksempel.

Dette betyr ikke at kreft blir regnet som tuberkulosens direkte arvtaker. Dette vil være ukorrekt både fordi kreft ikke nødvendigvis var den største sykdomsfaren umiddelbart og skulle bli en prioritert utfordring for behandling og helseforebyggende arbeid, heller ikke som aktør i det offentlige rom. Spesielt hjerte- og karsykdommer var en like stor helsetrussel. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel seks. Foreløpig vil jeg nevne at når kreftsykdommen etter hvert fikk en viktig rolle i det offentlige rom og i denne avhandlingen, skyldes det at det var særlig den symptomfrie delen av befolkningen som ble prioritert i det kreftforebyggende arbeidet, som ble mer og mer systematisk og institusjonalisert.

En annen grunn er at kreft er den nest største folkesykdommen i vår tid<sup>78</sup> og kan på flere måter sammenliknes med tuberkulose, både hva angår mobilisering i befolkningen og måte man angrep sykdommen på.

Også i drøftingene med utgangspunkt i vår egen tid vil det i stor grad være kreftsykdommer som benyttes som eksempel. Problemstillingen ovenfor gjelder også her, da antall dødsfall grunnet hjerte- og karsykdommer er høyere enn for kreft.

I 2008 ble det registrert 14 135 dødsfall grunnet hjerte- og karsykdommer, mens det for ondartede svulster ble registrert 10 632 dødsfall. (Kilde: SSB.) Tendensen er likevel at dødsfall grunnet kreft er økende, mens dødsfall på grunn av hjerte- og lungesykdommer er synkende. I tillegg gjelder at når kreftsykdommene er et godt eksempel for problemstillingen, skyldes det også at presymptomatisk diagnostikk utføres i stor grad, også i organiserte former.

#### **Kreftbekjempelse i praksis: mammografi**

Tidlig – og symptomfri – diagnostikk står sentralt i resonnetet. I Norge er det to organiserte program der presymptomatisk diagnostikk for kreft tilbys alle som befinner seg innenfor den definerte risikogruppen: mammografiundersøkelser for brystkreft, og undersøkelse i form av celleprøver for livmorhalskreft. Mammografiundersøkelser tilbys alle kvinner i alderen 50–69 år gjennom at Kreftforeningen utsender invitasjon til undersøkelse hvert annet år. Undersøkelsen for livmorhalskreft utføres på alle kvinner i alderen 25–69 år som en del av den ordinære, rutinemessige gynekologiundersøkelsen. Formålet for begge undersøkelsene er å oppdage kreft på et presymptomatisk stadium, da man antar behandling vil være mest effektiv.

Disse programmene er egnet som eksempel i denne sammenhengen fordi de organiseres som masseundersøkelser, og dermed involverer en stor del av befolkningen der størsteparten er friske. Selv om den av mange anses som et udiskutabelt positivt tiltak,<sup>79</sup> er det av andre blitt fremmet krav om nærmere evaluering, da det er uklart om effekten av masseundersøkelsene er slik den er

---

<sup>78</sup> Stene-Larsen, Geir: "1880–2005 – fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 38–43/2006

<sup>79</sup> St.prp. nr. 61, (1997–98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, del 1, kap. 3

tenkt.<sup>80/81</sup> Mammografiundersøkelser for brystkreft rammes særlig av medikaliseringskritikken, som har gjort at det foreligger mange ulike og begrunnede argumenter om programmet, som i denne sammenhengen vil være gunstige som grunnlag for drøftingen av hvorvidt presymptomatisk diagnostikk kan ha funksjon utover selve det helsemessige – det være seg på et sosialt, kulturelt eller politisk plan.

Det andre landsomfattende tilbudet om rutinemessig kontroll for kreft organisert som masseundersøkelse gjelder cancer cervicis uteri, livmorhalskreft. Her tas celleprøver som sendes til analyse, og denne masseundersøkelsen er basert på at risikogruppen er unge, fertile kvinner.

Den største forskjellen mellom de to programmene for befolkningens del er at når tilbudet om mammografiundersøkelse sendes ut til kvinnene, er dato og tidspunkt for undersøkelsen allerede satt opp. For celleprøve sendes brev til kvinnene med oppfordring om å bestille time til gynekologisk undersøkelse selv.

Det har vært mindre kontroverser omkring masseundersøkelser for livmorhalskreft enn for brystkreft, men også her er det stor uenighet om hvor presise undersøkelsene er og om effekten står i forhold til omkostningene både personlig og av samfunnsøkonomiske hensyn. I en artikkel i det anerkjente medisintidsskriftet *The Lancet* i 2004 ble det argumentert for at masseundersøkelser for livmorhalskreft har hatt signifikant betydning for antall dødsfall, og viser til en klar nedgang etter at et organisert program for masseundersøkelser ble iverksatt på landsbasis. Tallene denne artikkelen baserer sine konklusjoner på, er hentet fra England og Wales.<sup>82</sup>

Når det i hovedsak er brystkreft jeg har funnet egnet som eksempel i denne sammenhengen, er det fordi ambisjonen om å kunne diagnostisere på et presymptomatisk stadium for denne sykdommen er institusjonalisert i

---

<sup>80</sup> NOU, 1999: 13 *Kvinnens helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet kap. 10.5.1.

<sup>81</sup> Evaluering av mammografiprogrammet var ment å bli utført i løpet av 2010. Fordi samtykke til anvendelse av prøver fra kvinner som testet negativt ikke var innhentet, ville anvendelse av denne type data imidlertid stå i strid med vedtak knyttet til personopplysninger fattet av Datatilsynet. Etter klage til Personvernemnda vil evaluering likevel gjøres mulig ved at fristen for innhenting av samtykke vil forlenges. Man antar at dette arbeidet ferdigstilles i løpet av 2011. (Prop. 1 s (2010 -2011) Proposisjon til Stortinget for Budsjettåret 2011)

<sup>82</sup> Peto, Julian mfl.: "The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK", *Lancet*, 2004; 364: 249–256

landsomfattende masseundersøkelser for hele den definerte risikogruppen. Det vil også være et sentralt poeng at tilbudet om denne undersøkelsen gis hele den aktuelle populasjonen, og følgelig syke som friske. Programmet er dessuten avgrenset og vel debattert, og argumenter og sider av saken er kjent allerede. Jeg vil se på nytteverdien av undersøkelser for livmorhalskreft, dog ikke i så stor grad.

### **Genomisk diagnostikk**

Tidlig diagnostikk av eksempelvis brystkreft blir i dag gjort ved hjelp av billediagnostikk og eventuelt celleprøver. Undersøkelsene kan imidlertid være upresise og gi uklare prøvesvar, primært fordi prøveresultatene kan være vanskelig å lese og fortolke, eller at de fanger opp detaljer som ikke vil lede til sykdom. Ved upresise undersøkelser er det fare for at flere individer undersøkes flere ganger som resultat av falske positive prøvesvar. Motsatt kan man også tenke seg muligheten for at kreftsvulster som kunne blitt behandlet raskt ved tidlig diagnostisering, vil få lengre behandlingstid når den oppdages sent som følge av et falskt negativt testresultat. Slik kan vi si at den tradisjonelle billediagnostikken som har vært eksempel til nå, gir flere pasienter og liggedøgn enn det som hadde vært nødvendig hvis undersøkelsene var helt presise.

I avhandlingen vil jeg argumentere for at dette i seg selv kan være et viktig moment når det drøftes om undersøkelsene og praksisen kan ha en tilleggsverdi utover det kliniske. Ved at flere defineres som pasienter og gruppene som undersøkes er store, kan det på tross av de ulemper det medfører for den enkelte også representere den overbygningen jeg tidligere viste at kulturmennesket hadde behov for. Man blir ivaretatt av helsetjenesten, og om man er reelt syk eller ikke, er man uansett en del av et større hele. En mulig opplevelse av å bli ivaretatt kan også ha betydning for kulturmenneskets håndtering av ubehaget.

En type diagnostikk som antas å gi sikrere resultater, er diagnostikk på grunnlag av kunnskap om det menneskelige genom (se kap. 1.2). Forventningene til diagnostikk på grunnlag av kjennskap til genomet har vært store, blant annet til grad av spesifisitet. Dette vil føre til korrekte funn og reelle behandlingsbehov. Eksempelet brukt i avhandlingen er imidlertid et idealbilde basert på forventninger, og ikke reelle metoder per i dag. For en rekke tester vil absolutt sanne svar også være klinisk

umulig å komme frem til med den kunnskapen vi har i dag, ettersom det ofte er risiko man tester for (se kap. 11). Det jeg vil drøfte i det følgende, er allerede inntruffet sykdom som fremdeles ikke har gitt symptomer.

## 6. Valg av kilder

Drøftingene i avhandlingen baserer seg på empiri hentet fra generell faglitteratur – primær og sekundær, litteratur som henvender seg til befolkningen generelt og litteratur der målgruppen har medisinfaglig bakgrunn.

Den norske helsedebatten fra faglig hold er hovedsakelig blitt ført i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, men også *Ugeskrift for læger* var arena for ordskifte (til dels også tidsskriftet *Utposten*, selv om dette var et tidsskrift med mest vekt på profesjonsspørsmål i forbindelse med å drive sitt virke i ikke-urbane strøk). Jeg har valgt å snevre inn materialet noe, og har i hovedsak benyttet meg av *Tidsskrift for Den norske legeforening* i tidsrommet 1930–69.<sup>83</sup> Denne perioden var sentral i debatten om tidlig diagnostikk, og for historien om overgangen fra smittsomme sykdommer til infeksjonssykdommer. Dette gjelder særlig tuberkulose og kreft, som jeg vektlegger i denne avhandlingen.

Der jeg har gjort bruk av politiske dokumenter, er det særlig meldinger til Stortinget (kalt Stortingsmelding frem til 1. oktober 2009) og Norges offentlige utredninger (NOU-er) som er anvendt. Meldinger til Stortinget er utredninger vedrørende et felt eller drøfting av mulig fremtidig politikk som legges frem for Stortinget, mens en NOU er en utredning av ulike forhold i samfunnet utført av et eget utvalg eller arbeidsgruppe. Disse dokumentene regnes ikke som vitenskapelige dokumenter, men inneholder likevel ofte gode presentasjoner av feltet. Når dokumentene er anvendt i avhandlingen, er det med forbehold om at de ikke kan regnes som vitenskapelige publikasjoner.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Tidsskriftets redaksjon ble overtatt av okkupasjentene under krigen, og ble da kalt *Tidsskrift for Norges lægeforbund*. Etter okkupasjonen tok man tilbake det opprinnelige navnet, som ble stående frem til 2007. Da gjorde man en språklig fornyelse, og tidsskriftet ble fra nå hetende *Tidsskriftet for Den norske legeforening*.

<sup>84</sup> Kilde: <http://www.regjeringen.no>

## 7. Avgrensninger

Det er særlig to perioder som vil stå sentralt i resonnetet: tiden mellom de to verdenskrigene og perioden frem til i dag. Dette var en viktig tid for bygging av velferdsstaten og for introduksjon av de folkehelseiltak som drøftes i avhandlingen. Jeg vil også komme inn på enkelte –ismer som dominerte perioden. Jeg har imidlertid begrenset meg noe, og det er flere politiske tendenser jeg ikke kommer til å berøre.

Krigsårene har vært av betydning både realhistorisk, mentalitetshistorisk og politisk – ikke minst når det gjelder helse. Verken disse trekkene eller perioden generelt er omtalt særskilt, da en uttømmende analyse av dette ikke kunne være mulig innenfor de rammer avhandlingen befinner seg.

Nazismen blir likevel drøftet til en viss grad. Her vil man kunne innvende at den ikke drøftes i forhold til andre politiske tendenser og ideologier som var aktive på samme tid. Dette kan tenkes å være relevant, siden jeg bruker eksempelet til å forsøke å finne det som kan sies å være en utbredt mentalitet – og nazismen langt fra var den eneste. Særlig sto kommunismen som en motpol til nazistisk menneskesyn og politikk. Når nazismen nevnes i avhandlingen, er det som illustrasjon for en mentalitet som kan gjenkjennes også i andre uttrykk, ikke bare de politiske. Det er også her prinsippene og tendensene som vil være av betydning, og ett eksempel vil være tilstrekkelig for å belyse poenget.

Jeg benytter meg av kunst og kulturuttrykk som eksempler på tendenser i de ulike tidsrommene jeg drøfter, men jeg vil understreke at dette verken er analyser av trendene i seg selv eller hvordan dynamikken dem imellom kunne hatt innflytelse på utviklingen.

Det må også tilføyes at det aldri vil være én enkelt oppfatning, ett syn eller én trend som er enerådende over et gitt tidsrom. Eksemplene jeg bruker, vil stå som illustrasjoner på hva jeg mener må til for at et fenomen, en institusjon eller tendens (et kulturfenomen) skal kunne ha betydning for kulturmenneskets ubehag. Eksemplene er derfor ikke nødvendigvis de mest betydningsfulle hendelsene eller uttrykkene i den perioden de er hentet fra. De enkelte eksemplene må heller ikke



anses som fullstendig uttømmende presentert. Når jeg benytter meg av for eksempel kunst- og kulturuttrykk, eller bestemte ideologier, vil det være eksempler på hvordan noe kan fungere godt eller dårlig med tanke på kulturmenneskets overlevelsesprosjekt, og ikke en studie av de ulike fenomenene.

### **Andre institusjoner enn helse?**

På spørsmålet om det kan være andre bevegelser, momenter eller systemer utenom helsetjenesten som kunne bidratt til å lindre ubehaget, eller hatt potensial til å frembringe autonomi, kan det være flere institusjoner i samfunnet det kunne vært interessant å drøfte.

En institusjon som kan sies å ha et slikt potensial, er økonomien. Denne kan hevdes å være en helhetlig, overordnet og konstant størrelse som preger og beveger hver enkelt, og som danner ramme omkring oss. Der kapitalismen ville være en generell overbygning (slik velferdsstaten var like mye en ideologisk institusjon som en praktisk innretning) som ville være for lite konkret til å ha en slik funksjon, ville økonomien som begrep og institusjon være mer konkret.

Økonomien som begrep kan også anvendes som et samlebegrep for hele det systemet som har med marked å gjøre. Økonomien er sammensatt av flere ulike nivåer og komponenter (der penger kun er en liten del). Den danner grunnlag for vår tenkning, og for dynamikk i samfunnet (rent konkret ved at konjunktorene endrer seg og gir bevegelse i samfunnsstrukturen, samt politisk og verdimesig i at penger, eiendom og goder vil være noe alle forholder seg til og som det alltid vil være knapphet på). På samme måte som at helsetjenesten berører hver enkelt og handler om fundamentale størrelser som liv og død, vil økonomien i et kapitalistisk samfunn gjøre det samme.

Økonomien, både som abstrakt, politisk og ideologisk størrelse, vil også ha potensial til å være den strukturelle størrelsen i samfunnet og befolkningen som kunne hatt en lindrende funksjon på ubehaget. Den er noe alle samler seg om, den lukker seg om hele samfunnet, angår både den enkelte og fellesskapet. Den vil slik bli et tegn på kulturmenneskets overtak.

Dette var ett eksempel på at det er mulig å trekke frem flere elementer i kulturen som ubehaget kan drøftes i lys av. Når jeg har valgt helsespørsmål som empirisk grunnlag, er det fordi dette ligger enda tettere opptil ubehagets kerne: liv og død. I den grad menneskene har behov for å kontrollere de ukontrollerbare størrelsene liv og død, vil derfor medisinen være et kjernepunkt.

# Del II

*Ubehaget: Teoretisk grunnlag for  
problemstillingen*



## **Kapittel 2 Tilværelsen er ikke til å holde ut**

### **1. Kulturmenneskets byrde. Men hva er ubehaget?**

Sigmund Freud hevdet i boken *Ubehaget i kulturen* at menneskene lever i en kultur som til dels er i strid med vår natur. Boken ble utgitt i 1929 og var et oppgjør med kulturmenneskets plager. Han skriver: ”Livet, slik som det er gitt oss, er for vanskelig. Det gir oss så mange smerter, skuffelser og uløselige oppgaver.”<sup>85</sup> Han vil undersøke hvorfor vi plages, hvordan vi forsøker å bekjempe disse plagene, og hvorfor våre strategier er ubrukelige.

Utgangspunktet for boken er spørsmålet om religiøsitetens egentlige kilde, som den franske forfatteren Romain Rolland i et brev beskrev som ”oceanfølelsen”. Han har lest Freuds bok *The Future of an Illusion*, som går til angrep mot religionen. Religiøse ideer, sier Freud, er informasjon om ting man ikke selv har oppdaget og som man tror på. De er høyt skattet fordi de gir informasjon om de viktigste og mest interessante tingene i livet, mener han.<sup>86</sup> Dette gjør dem til typiske illusjoner: De er uttrykk for menneskenes ønsker, og fordi ønskene er så sterke, vil det ikke stilles krav til beviser eller belegg – man etterspør ikke deres sannhetsgehalt. De gjør livet behagelig og til å holde ut, men stenger også for evnen til å agere og tenke rasjonelt idet bildet av en reell verden erstattes med en illusorisk. Forutsetningen for dette, skriver Freud, er at man kobler ut intelligensen.<sup>87</sup>

Rolland sier seg enig i dette, men klager over at religiøsitetens kilde ikke er vurdert. Han beskriver denne følelsen som det han mener var selve essensen i enhver religion. ”Det var en følelse han ville kalle en fornemmelse av ’evigheten’”, refererer Freud, ”en følelse av noe ubegrenset, skrankeløst, en slags ’oceanfølelse’”. Den var altså en grunnleggende fornemmelse hos kulturmennesket.

---

<sup>85</sup> Freud, Sigmund: *Ubehaget i kulturen*, 1993 (1992) (1930), s. 17

<sup>86</sup> Freud, Sigmund: *The Future of an Illusion*, 1961 (1927), s. 31

<sup>87</sup> Freud, Sigmund, 1993 (1992) (1930), s. 28

Sigmund Freud skriver i første kapittel i *Ubehaget i kulturen* at denne ”oceanfølelsen” som Rolland snakker om, volder ham ”ikke så lite besvær”,<sup>88</sup> og det er denne følelsen Freud vil undersøke.

Og her er temaet for boken og for det som blir en helhetlig argumentasjon for psykoanalysen som den eneste rette veien til ufiltrert erkjennelse og opplevelse av virkeligheten.

Freud aksepterer at vennens oceanfølelse finnes, men psykoanalytikerens forstår den ikke nødvendigvis som en genuin del av menneskenes naturlige følelsesregister. Snarere ser han den som uttrykk for en av våre strategier for å overleve tilværelsen. Og hvilken tilværelse? Jo, den siviliserte, den som gjør at vi må te oss i motstrid til våre naturlige instinkter.

Mennesket slik det fremstår i vår tid, mener Freud, er et kompromissfylt individ som fremdeles lider under det valget det en gang tok da det reiste seg på to ben og gikk fra å være produkt av naturen til å være en del av kulturen. Man gjorde de første aktive handlingene som skulle legge grunnen for et samfunn basert på rasjonalitet, tenkning og planlegging. Bruken av verktøy, utnyttelse av ilden og bygging av bosted er det han nevner som de første kulturelle handlinger.

Det er i fremstillingen av disse tre essensielle handlingene han i sin berømte fotnote utlegger essensen i ubehaget, nemlig å temme sine lyster, tøyne instinktene. Han skriver at da urmennesket ble sivilisert, ble verktøy og bosted av mindre betydning for overgangen fra natur til kultur: Dette var av praktisk betydning, og hadde lite å gjøre med menneskets integritet og vesen. Å slukke ilden, derimot, var en kraftanstrengelse av de sjeldne, da det innebar å bryte med nedarvede instinkter og drifter. For når urmennesket møtte ilden, var det en mulighet for å tilfredsstille det Freud kaller en infantil lyst, nemlig å slukke den med sin urinstråle. Å slukke ilden på denne måten var ifølge Freud en seksualakt med en mann, en ”nytelse av den mannlige potens i den homoseksuelle kappestrid”, idet den oppreiste flamme var å forstå som en fallos. Den som kunne motstå denne lysten og dermed skåne ilden, ville

---

<sup>88</sup> Ibid. s. 6

ha den i sitt eie og gjøre nytte av den. Når mannen lærte å gjøre ilden formålstjenlig, måtte han også temme sine egne drifter. Han ble sivilisert på bekostning av den naturlige seksualitet: ”Denne store kulturelle erobring skulle altså være belønning for å reonsere på en drift.”<sup>89</sup>

Da vi ga slipp på det naturlige, innrettet vi oss etter de normene det medfører å leve i et sivilisert samfunn, blant annet å legge bånd på de naturlige instinktene. Det ubehaget som menneskene opplever, er en følge av å være en sivilisert borger. Trond Berg Eriksen sier da også at Freuds kulturbegrep korresponderer med sivilisasjonsbegrepet.<sup>90</sup>

Freud mener at omkostningene det medførte for naturmennesket å reise seg, er at vi må undertrykke det naturlige, det instiktive. Dette konkretiserer han ved å skille ut tre elementer som gjorde at menneskelivet ble uutholdelig: naturens overmakt, kroppens skrøpeligheit og det utilstrekkelige i den måten de menneskelige forhold reguleres på – nemlig på et slikt vis at det naturlige ble undertrykket.<sup>91</sup> Om de to første sier han: ”Naturen vil vi aldri kunne beherske fullstendig, og vårt legeme, som selv er en del av denne naturen, vil alltid forbli en forgjengelig organisme med en begrensning i tilpasning og ytelse.”<sup>92/93</sup> Disse to lidelseskildene er det følgelig ingenting å gjøre med. Det tredje momentet er vi derimot ikke dømt til å resignere for. Dette er en del av vår kultur, som – slik jeg tolker det – skal være mulig å endre og å leve med. Etter hvert vil det være de prinsipper som Freuds teorier om psykoanalysen representerte som blir avgjørende, hvilket jeg kommer tilbake til siden.

Freuds fotnote vil i denne sammenhengen kun regnes som en illustrasjon, og det er ikke urmennesket som konkret størrelse jeg sikter til når jeg i avhandlingen drøfter

---

<sup>89</sup> Freud, Sigmund, 1993 (1992) (1930), s. 43–44

<sup>90</sup> Eriksen, Trond Berg: *Freuds retorikk. En kritikk av naturalismens kulturlære*, 1992 (1991) s. 65

<sup>91</sup> Freud, Sigmund, 1993 (1992) (1930), s. 30

<sup>92</sup> Ibid.

<sup>93</sup> Det kan synes underlig at han mener at kroppens skrøpeligheit ikke kan gjøres noe med (Freud var som kjent lege). Det han mener, er imidlertid at kroppen i utgangspunktet er en skjør innretning som ikke kan endres. Uansett hvordan vi intervenserer, vil kroppen fremdeles være en uregjerlig organisme som vi ikke kan gjøre noe med. Bare det å vite at kroppen er uforutsigbar, bidrar til at livet er uutholdelig. Jeg slutter meg til dette, men mener ikke desto mindre at *forsøkene* på å intervensere slik at kroppen skal bli forutsigbar og mindre skjør, stadig pågår.

naturmennesket. Snarere vil det representere hvordan mennesket nå må bøye seg for de kutymene og regler kulturen til enhver tid fastsetter. Sentrale eksempler er dannelse og undertrykking av impulsivitet. Utgangspunktet er dermed at det siviliserte livet er en tvangstrøye, og der man i begynnelsen ønsket å oppnå lykke, er vi nå blitt pragmatiske; ønsket er moderert til å ville unngå lidelse.

## 2. Religionen som lindrende middel

Freuds utgangspunkt er altså at det siviliserte livet, kulturen, ikke er til å holde ut, men kulturmennesket har funnet strategier for nettopp dette: å holde ut. Trond Berg Eriksen skriver: ”Det beste man kan håpe på, er at man kan gjøre kulturofferet lettere å bære.”<sup>94</sup>

Og det er nå Freud går videre i resonnet fra *The future of an Illusion*. Han har allerede fastslått religionens rolle i forbindelse med kulturmenneskets ubehag, nemlig som en illusjon som avleder oppmerksomheten fra ubehaget slik at det lindres. I *Ubehaget i kulturen* drøftes behovet for denne illusjonen mer inngående. Han mener at tilværelsen for kulturmennesket ikke er til å holde ut uten det han kaller *lindrende midler*, og han nevner tre: sterke avledninger som kan gjøre vår elendighet lettere, erstatningstilfredsstillelser som gjør den mindre, og rusmidler som gjør oss ufølsomme overfor den.<sup>95</sup>

Når Rolland skriver om sin ”oceanfølelse”, er dette i Freuds øyne kun en følelse som får ubehaget til å føles mindre, som demper det, men som verken er virkelig eller varig. Det avleder ham fra ubehaget og lar ham oppleve en lykkefølelse, men på bekostning av evnen til å være rasjonell, og med fare for å tape autonomien.

Freud setter Rollands følelse i sammenheng med ett av de tre lindrende midlene – religionen, som lindrer ubehaget, men som en avledning. Også Rolland selv setter følelsen i forbindelse med religionen, idet han mener denne følelsen er essensen i alle religioner. Freud mener dermed å ha funnet en forklaring på denne følelsen. Dessuten – når religionen kun blir et middel til å lindre ubehaget (på bekostning av evnene til å

---

<sup>94</sup> Op.cit., s. 56

<sup>95</sup> Freud, Sigmund, 1993 (1992) (1930), s. 17



tenke rasjonelt) – har han også funnet støtte både for sin antakelse om at menneskenaturen er undertrykket i kulturen og for at religionen er en illusjon.

### **Oppfyller ikke kravene, men lindrer likevel**

Når religionen kunne anses som et så sterkt lindrende middel, skyldes det at den ikke bare var en trosretning alene. Kristendommen representerte et livssyn som presenterte forklaringer på grunnleggende eksistensielle spørsmål, men ga også retningslinjer for handlinger. Den har en historie som er forståelig, logisk og mulig å samles om. Slik har den et potensial for å være et fundament for kulturen, og ved å gjennomsyre alle sider av tilværelsen kan den danne et fellesskap mennesker imellom, etablere en forutsigbarhet i livet samtidig som den enkelte blir ivaretatt. I kapittel 1.2 ”Begrepsavklaringer” ble begrepet *overbygning* definert, og det er nettopp denne rollen jeg mener religionen – kristendommen – må ha hatt for å være et middel for å lindre ubehaget slik Freud presenterte det.

Eksempel på at kristendommen kunne ha en slik rolle i den vestlige verden, finner vi tilbake i den perioden vi kjenner som middelalderen, særlig i siste halvdel. På denne tiden var ikke kristendommens historie og gudsbilde et spørsmål om religiøs overbevisning som i dag, men noe som faktisk fantes. Introduksjonssetningen i Charles Taylors bok *A Secular Age* illustrerer dette, idet han spør hvordan det kan ha seg at det praktisk talt var umulig å ikke tro på Gud i middelalderen (han eksemplifiserer med 1500-tallet), mens det å tvile på en slik religion i år 2000 er uunngåelig.<sup>96</sup> For religionen var ikke en tro eller overbevisning slik vi kjenner den i dag, men en helhetlig størrelse; det var noe man tok til etterretning, det var en del av verdensbildet.<sup>97</sup> Den hadde monopol på å produsere kunnskap og å bestemme hvilken kunnskap det er verd å være i besittelse av.<sup>98</sup> Alle fenomener ble forstått gjennom guddommelige forklaringer;<sup>99</sup> den var blitt en del av menneskenes bevissthet. Det var ikke spørsmål om å tro – man *visste*.

Filosof og historiker Egon Friedell forklarer at religionen ga en trygghet og forutsigbarhet som gjorde at middelaldermenneskene faktisk var glade mennesker. De

---

<sup>96</sup> Taylor, Charles: *A Secular Age*, 2007, s.25

<sup>97</sup> Wegling, Monica: *Den guddommelige anoreksi*, 2002, s. 124 ff

<sup>98</sup> Eriksen, Trond Berg: *Kors på halsen. Betragtninger om religion og vitenskap*, 2002, s.18

<sup>99</sup> Taylor, Charles, 2007

var ubekymrede og fant mening i alt omkring seg: fra kjærlighet og hat til fødsel og død, fra hvert hus de bygde til hver sang de sang.<sup>100</sup> Han beskriver et relativt enkelt folk der eksempelvis arbeid ikke avstedkom mer press enn at det skulle fullføres, ettersom det ikke resulterte i penger.<sup>101</sup> Dette gjaldt ikke bare holdninger og verdisyn i seg selv, men også kulturen, samhandlingen menneskene imellom og utformingen av det offentlige rom. Friedell skriver at det preget all kunst fra "the door-nail to the palace", det var en universell kode som ga regler for etikette, atferdsregler, dannelsesmåter å hilse på. Teologien var en vitenskap som var universell og "guideline of all thought". Det innebar en universell etikk, det latinske språket, skulptur og arkitektur.<sup>102</sup>

Kristendommens innvirkning på alle disse elementene gjorde at alle måtte forholde seg til det. Dette betyr at den ikke bare hadde med tro å gjøre, men med en hel kultur. Fordi denne er fundert i det som ble opplevd som objektive sannheter og forutsigbarhet, vil den også ha potensial nettopp til det Freud hevder: å være et lindrende middel mot det ubehaget kulturmennesket erfarer.

Det viktige ved dette i denne sammenhengen, og som underbygger antakelsen om religionens innvirkning på ubehaget i kulturen, var den kollektivfølelse religionen avstedkom.<sup>103</sup> Ved å være noe mer enn selve troen, ved å gjennomsyre hver enkelt del av kulturen, utgjorde den en slik overbygning kulturmennesket hadde behov for når ubehaget i kulturen skulle håndteres. Om den ikke lot mennesket få kontroll over naturen eller kroppen, lindret den det ubehagelige ved det.

Selv om religionen hadde en slik posisjon i kulturen, var det likevel tvilere som avviste eller satte spørsmålstegn både ved gudsstørrelsen og religionen. Men også dette er et eksempel på religionens tilstedeværelse og omfang, ettersom negasjon i seg selv bekrefter det man benekter.<sup>104</sup> Dermed vil religionen være altomfattende og

---

<sup>100</sup> Friedell, Egon: *A cultural history of the modern age. Renaissance and reformation. Vol.I*, 2008 (1930), s. 73

<sup>101</sup> Ibid. s. 75

<sup>102</sup> Ibid. s. 76–77

<sup>103</sup> Ibid. s. 76

<sup>104</sup> Dette er basert på en ontologisk oppfatning av at så lenge det finnes et begrep om noe, eksisterer det. Ifølge det ontologiske gudsbevis vil dermed gudsbegrepet alene være tilstrekkelig bevis for at Gud eksisterer, og de som benekter Guds eksistens, vil dermed selv ha bevist det motsatte.

danne en forutsigbar ramme for alle. Kristendommen fremsto på denne måten i to former: troens innhold og måten den var implementert på i kulturen.

Når religionen kunne lindre ubehaget, var det følgelig fordi den ga svar på alle spørsmål, gjennomsyret kulturen og dermed også angikk alle.

Slik Freud fremstiller det, ville religionen lindre ubehaget, men samtidig være av en slik karakter at den avledet oppmerksomheten og forhindret dømmekraft og selvbestemmelse. Den fratok kulturmennesket evnen til å fatte beslutninger, til å være våkne individer med beslutningsevne og integritet.

Freuds prosjekt blir slik å finne en måte å håndtere ubehaget på uten at det går på bekostning av integritet, dømmekraft og selvbestemmelse. Dette vil bli psykoanalysen, som jeg kommer tilbake til i pkt. 5

### **3. Innvending: Religionens autoritet svekkes**

En innvending til resonnementet over er imidlertid at når Freud omtalte religionen som et lindrende middel, gjorde han det som om religionen skulle ha den samme betydning og sto like sterkt på 1900-tallet da han selv skrev, som den en gang hadde gjort. Dette kommer frem i *The Future of an Illusion*, der han skriver at det i motsetning til vår kultur finnes sivilisasjoner som "(...) do not grow up under the pressure of a religious system (...)".<sup>105</sup>

Dette er ikke opplagt selv om kulturen på mange måter gjennomsyrer samfunnet ved at vi kan finne igjen kristne symboler i kulturen, slik som feiring av høytider, moralske oppfatninger og språk. For som altomfattende referanseramme for alle spørsmål og sannheter, som overbygning i kulturen, var dens sentrale stilling sterkt redusert.

Det er flere momenter som tilsier at religionens posisjon var så svekket på Freuds 1920-tall (og i dag) at den ikke ville ha tyngde nok til å fylle den funksjonen han forutsetter. Jeg vil argumentere for kristendommens fall, som ikke bare fratok oss et

---

<sup>105</sup> Freud, Sigmund, 1961 (1927), s. 65

viktig lindrende middel i seg selv, men som gjorde ubehaget enda sterkere fordi det ifølge Freud var det viktigste middelet vi hadde for å lindre det.

### **Religionens autoritet svekkes med opplysningstiden**

Det er grunn til å argumentere for at religionen hadde vært på vikende front i lang tid allerede da Freud skriver, og at dens rolle som altomfattende ramme omkring menneskets liv ikke var så solid som Freud ville ha det til. Hvis dette skulle stemme, vil kulturmenneskets ubehag være like sterkt som Freud beskriver, men religionen som lindrende middel vil ha mistet sin funksjon for lang tid siden. En dogmatisk fundert institusjon som religionen ville ikke lenger ha autoritet nok til å lindre ubehaget.

Dette kan illustreres med overgangen fra middelalderen til det som gjerne omtales som opplysningstiden – den perioden der gudstroen ble utfordret av vitenskap, og empirisk tilnærming til etablering av sannheter ble regelen.<sup>106</sup>

Overgangen fra ett tankesett til et annet skjedde over lengre tid, men kan illustreres med noen konkrete eksempler. Ett er da den polske astronomen Nikolaus Kopernikus (1473–1543) fremla beviser for den heliosentriske teorien.<sup>107</sup> Denne hevdet at jorden ikke var i sentrum av universet, men snarere en del av flere legemer som beveget seg rundt solen.

Med astrologien ble en av kirkens grunnleggende sannheter utfordret; mennesket utgjorde ikke lenger verdens midte, snarere var det en forsvinnende liten del av et enormt hele. Dette sto i motsetning til kirkens lære, som var tydelig på at mennesket ikke bare var sentralt, men Guds enestående verk.

---

<sup>106</sup> For en lengre kommentar om dette, se Eriksen, Trond Berg: *Kors på halsen. Betragtninger om religion og vitenskap*, 2002

<sup>107</sup> Antakelsen om at jorden ikke sto i sentrum i universet, men gikk i bane om solen, hadde blitt fremlagt allerede på 300-tallet før Kristus av astronomen og matematikeren Aristarchus (ca. 310–230 f.Kr.). Teorien ble drøftet, men ikke akseptert av hans samtidige. Dette er et eksempel på at astronomi hadde vært en viktig vitenskap allerede fra antikken av, og når den nå ble gjenopptatt og fikk fotfeste, hadde det med generelle tendenser å gjøre. (Lloyd, G.E.R.: "Science and mathematics" i Finley, M. I. (red): *The legacy of Greece. A new appraisal*, 1984, s. 275–277).

Dette ble utgangspunkt for videre naturvitenskap, og debatten om i hvilken grad den nye vitenskapen kunne forenes med religionen, ble viktig.<sup>108</sup> Men det ble essensielt å overbevise om at religion og vitenskap ikke sto i motsetning til hverandre. Johannes Kepler (1571–1630) studerte planetenes bevegelser rundt solen, hvilket kunne ha utfordret den kristne oppfatning av jorden som verdens midtpunkt.

Når religionens dogmer ble utfordret av vitenskapen, kom det på toppen av en allerede svekket kirke, der interne konflikter og særlig det store skismaet (1378–1417) rammet kirken selv hardt.

På samme tid som naturvitenskapene kommer på banen, blir forvaltningen av den kristne tro utfordret, blant annet da den tyske teologen Martin Luther (1483–1546) formulerte sin protest mot det han mente var den katolske kirkes dobbeltmoral.

Og ikke bare de politiske forholdene ble regulert i kirkelig sammenheng. Individets forhold til Gud ble i protestantismens navn mer privat. Reformasjonen hadde redusert eller fjernet det fellesskapsfremmende ved religionen som katolisismen hadde tilbudt. Ritualene, muligheten til å utvendiggjøre og synliggjøre sin tro gjorde at den ikke bare var et personlig foretak. Med protestantismen ble troen privat, og utøvelsen av den en sak mellom den enkelte og Gud. Individet var blitt mer individuelt enn noen gang, og mer ensomt.

Denne perioden innebar overgangen fra en religiøst fundert samfunnsstruktur og tenkning til et samfunn basert på verdslige og rasjonelle verdier (se kap 1.3). Trond Berg Eriksen oppsummerer det slik:

”Gud forsvant fra repertoaret av forklaringshypoteser i vitenskapene. Dessuten oppsto det nye tekst- og fortolkningsvitenskaper som ikke lot Skriftens ord i fred. Både formelt og innholdsmessig kom Skriftens forsvarere i en klemme. Matematikken overtok etter latinen som universalspråk. Det var ikke lenger messens latin, men tallsymbolene som varslet at man hadde med evige og universelle sannheter å gjøre. Bakteppet for naturforståelsen

---

<sup>108</sup> For en lengre drøfting av dette, se Steven Shapin: *Den vitenskapelige revolusjon*, 145 ff

var ikke skapertankene, men uforanderlige matematiske lovmessigheter.”<sup>109</sup>

Det er særlig religionens svekkelse som autoritet som er av betydning i denne sammenhengen, og den overgangen som her er beskrevet, er avgjørende i forståelsen av kulturmenneskets eventuelle ubehag og behov for midler som gjør det lettere å leve med.

For nå er ikke mennesket lenger en del av noe større på samme måte som tidligere, og sannhetene er ikke lenger statiske. Befolkningen ble i større grad i stand til selv å vurdere de religiøse dogmene. Utdanning ble tilgjengelig for flere, og selv om det var klostrene og kirkelige institusjoner selv som var læreinstitutionene, fikk økt kunnskap og innsikt i religionen folk til å være mer kritisk til presteskapet og måten kirken ble administrert på.<sup>110</sup>

Konsekvensen av dette var at kulturmennesket sto alene, eller som historikeren Steven Shapin formulerer det: ”Kanskje var menneskene bare støvkorn i et ufattelig stort univers.”<sup>111</sup>

Hvis kulturmenneskets ubehag virkelig var blitt lindret av religionen, vil det være sannsynlig at ubehaget ville styrkes idet religionen ble svekket. Man hadde vært vant til at begynnelsen og slutten var hos Ham. Nå kom den naturvitenskapelige revolusjon og svekket det som hadde vært sannheter bak alle sammenhenger. Og ettersom disse sannhetene som regel hadde vært understøttet av Gud og et religiøst system, var dette med på å skape ytterligere problemer for den enkelte. Hva skulle man tro på – og hvem skulle man henvende seg til? Stjernene og planetene man så nattestid, var ikke lenger til for mennesket alene, men var kun en påminnelse om hvor forsvinnende små de var. Ny kunnskap ga først og fremst erkjennelse om hva man ikke visste. Fra å ha vært ivaretatt av Gud, var man nå tilsynelatende tilfeldig plassert i et enormt intet. Som Randall skriver:

---

<sup>109</sup> Eriksen, Trond Berg, 2002, s. 24

<sup>110</sup> McGrath, Alistair: *The Intellectual Origins of the European Reformation*, 1995 (1987), s. 9–18.

<sup>111</sup> Shapin, Steven: *Den vitenskapelige revolusjon*, 1999, s. 35

”Man was alone, quite alone, in a vast and complex cosmic machine. Gone were the angelic hosts, gone the devils and their pranks, gone the daily miracles of supernatural interventions, gone even was man’s imploring cry of prayer.”<sup>112</sup>

Overgangen fra det religiøse til et verdslig og rasjonelt fundament for verdensoppfatningen er et dramatisk øyeblikk i vår mentalitetshistorie – da rasjonaliteten tok religionens plass og kristendommen mistet sin rolle: ”The world is thence-foreward no God-inspired mystery, but a man-made rationality”<sup>113</sup>

### **Religionens fravær gir potensiell frihet**

Resonnementet over betinger imidlertid religionens nødvendighet, og at tilbakegangen var av negativ betydning. Et spørsmål som likevel må stilles, er om ikke en svekkelse av religionen også kunne ses på som en vei til frihet.

En yndet sitert frase i det gamle Romerrike når man skulle vise sin dannethet, var denne: *Tantum religio portuit suadore malorum – religionen fører til så mange ulykker* (Lucretius, I, 101). Den romerske poeten Lucretius’ (96–55 f.Kr.) syrlige kommentar var rettet mot de romerske gudene og gudsyndyrkelsen, men skulle vise seg å være vel så relevant når det gjaldt deler av kristendommens praksis og utfoldelse. Kirken hadde også en skyggefull historie, for på tross av åndelige rammer kunne innholdet og praksisen i kirken være en ganske annen. Korstogene og inkvisisjonen, beskyldninger om dobbeltmoral og utnyttelse av geistlige posisjoner, det store skismaet med påstander om at alt handlet om politikk – er alle eksempler på en maktutøvelse som kunne berøre alle lag i negativ retning. Derfor er det nok mange – både før og nå – som ikke ville nøle med å gjøre Lucretius’ ord til sine egne når det gjelder både misjonær- og frelsesarbeid.

Men på tross av alt religionen førte med seg, ga den likevel forsikring og en forutsigbar ramme; den ivaretok hver enkelt, skapte et samfunn, et fellesskap og ga svar på de grunnleggende spørsmål. Mennesket var skapt av Gud, et resultat av Hans vilje, og opprinnelsen var forklart. Frasen *Herrens veier er uransakelige* ga mulighet

---

<sup>112</sup> Randall, John Herman Jr: *The making of the modern mind*, 1976 (1926) s. 227

<sup>113</sup> Friedell, Egon, s. 80

til å akseptere at alt ikke var til å forstå, den kunne sågar forsvare urettferdighet og nød. Det grunnleggende spørsmålet om hva som ventet oss etter døden, ble besvart gjennom dogmet om livet etter døden og oppstandelse. Bekymring om det uvisse ble moderert fordi Bibelen og Guds ord ga svar.

Religionen og Guds eksistens var ikke i seg selv det som førte onder med seg. Ondene religionen førte med seg, var i hovedsak konsekvenser og resultater av menneskenes forvaltning av kristendommen, og ikke representative for religionen selv.

Kristendommens budskap har vært det motsatte, og termene Paulus en gang formante, nemlig tro, håp og kjærlighet, var religionens egentlige hensikt. Der store deler av kirkens historie har vært blodig og grusom, har den på en annen side gitt svar og retningslinjer for handlinger og vurderinger.

Også fellesskap menneskene imellom var en av kristendommens bidrag til trygghet. For noe av det karakteristiske med kristendommen er nettopp fellesskapet, og i både den protestantiske og katolske kirke er dette fremdeles et sakrament. Dåpen er den handlingen som innsetter barnet i kirken og lar det bli en del av det kristne fellesskapet. Kristendommen var altså både et sett leveregler som skapte forutsigbarhet og en del av kulturen.

Dermed får Lucretius' uttalelse ny relevans, men omvendt proporsjonalt denne gangen: Når religionen først er blitt etablert som menneskets støtte og veiviser, vil ringvirkningene bli store når den fjernes. For den ulykke som rammet menneskene når Guds autoritet ble svekket og religionens fundament forvitret gjennom ny kunnskap, førte til et tomrom. Mennesket hadde fundert hele sitt liv på forestillingen om den kristne tro og Guds lære. Man var en del av et system som var forutsigbart og sikkert. Kristendommen var en streng religion der straff og bot sto sentralt, og der levereglene kunne være strenge og krevende. Ikke desto mindre mener jeg religionens funksjon i å gjøre tilværelsen forutsigbar og trygg, har vært av betydning. Den ga fellesskap og ikke minst forklaringer på det meste av det uforklarlige. Noe som kan ha gjort fellesskapet enda sterkere, er de strenge krav kirken hadde til moral og livsførsel. Der en stor del mennesker ikke ville greie å oppfylle kravene og oppnå



kirkens og menighetens gunst, ville de som virkelig eller tilsynelatende greide å holde seg på den smale sti, utgjøre en gruppe med sterke bånd ved å ha en annen gruppe å hevde seg overfor. I kristen sammenheng kan dette ha vært samholdet i menigheten mot trusler som for eksempel kjettere representerte.

Jeg ser det slik at når religionen forvitrer, blir mennesket alene; de har ingenting å støtte seg til verken på godt eller ondt. Og selv om religionen hadde medført det onde, kan dens eksistens ha vært viktigere med tanke på ubehaget.

Når religionen ble så svekket omkring inngangen til 1600-tallet som det er grunn til å anta, hadde heller ikke det viktigste lindrende middelet mot ubehaget som Freud gikk til angrep mot den styrken som forutsatt.

Men dette betyr ikke at kulturmennesket i fire hundre år har greid seg uten lindrende midler. Tre måter å holde ut ubehaget på er som følger:

1. Selv om religionen som universell størrelse var svekket, behøver ikke dette bety at deler av den ikke kunne lindre ubehaget for enkelte grupper; den kunne *fremdeles ha den samme funksjonen* hos noen grupper.
2. Man fant andre *avledninger* enn religionen
3. Man fant *andre typer lindrende* midler som ikke avledet oppmerksomheten, men som lot en beholde integritet og dømmekraft

I kapittel 2.4 vil de to første alternativene drøftes, det siste i kapittel 2.5.

#### **4. Den universelle religionen er borte, men kan den lindre ubehaget likevel?**

Freud viste til religionen som det fremste eksempelet på midler som lindret ubehaget på bekostning av dømmekraften. Jeg har argumentert med at religionen ikke hadde den samme betydningen når den ikke lenger var en universell størrelse. Men det er eksempler på at religionen likevel kan ha en funksjon som lindrende middel, selv om den utfordres av vitenskapen.

### **Må religionen være universell for å lindre?**

Charles Taylor argumenterer med at sekulariseringen ikke avvirket religionen. Den lever videre som religiøs overbevisning hos mennesker i en sekulær kultur, og kan gjenfinnes i kulturen i form av språk, materielle uttrykk og bærer av grunnleggende verdier.<sup>114</sup>

Det blir dermed relevant å spørre om ikke religionen kunne sørge for trygghet og forutsigbarhet og dempe ubehaget også etter at naturvitenskapen hadde utfordret de religiøse dogmene. For det var ikke dermed sagt at religionen som grunnleggende sosial og kulturell faktor var eliminert.

Et eksempel på hvordan kristne verdier og holdninger overlever kunnskap, presenteres av Max Weber i boken *Protestantismens etikk og kapitalismens ånd*. Han viser sammenhengen mellom protestantismens pietisme og kapitalismen, på en måte der selve gudstroen ikke står i sentrum, men handlingene. Han viser hvordan protestantismens regler for hardt arbeid kombinert med pietisme gjør at pengene akkumuleres, og det som skulle være en nøktern handling (arbeidet), blir grunnlaget for den kapitalismen vi kjenner fra i dag.<sup>115</sup>

Her handler det ikke nødvendigvis om en grunnleggende religiøs overbevisning i hele folket, men etablerte regler og overbevisninger for en mindre gruppe. Den gruppen av protestanter Weber omtaler, er kalvinistene – en særlig retning innen protestantismen kjent for sin pietisme, sitt strenge måtehold og tro på predestinasjonslæren. Det var denne overbevisningen som la grunnen for det harde arbeidet; man trodde at enkelte var utvalgt til å komme til paradiset etter sin død. Men forutsetningen for dette var at man hadde levd et hardtarbeidende og sparsomt liv. Hvis man var utpekt, måtte man likevel gjøre seg fortjent til denne gode skjebne, og ettersom man ikke visste hvem som var utvalgt, fulgte alle de samme pietistiske regler og idealer.

---

<sup>114</sup> Taylor, Charles, 2007

<sup>115</sup> Weber, Max: *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*, 1995 (1904/05)

Det er altså ikke troen på Gud i seg selv som er styrende for rammeverket omkring menneskene og motivasjonen for det de foretar seg, men de regler og retningslinjer troen hadde lagt. Og reglene for moral, den kristne samvittigheten og sanksjonene levde videre, uavhengig av om Kristi mysterier var blitt avdekket.

Eksempelet viser at selv om kristendommen som forklaringskilde på alle spørsmål er erstattet av ny kunnskap og vitenskap, kan den like fullt være en del av kulturen. Jeg vil likevel ta utgangspunkt i at den som middel for å lindre ubehaget ikke lenger kan ha en så sterk rolle, fordi ubehagets kilder fremdeles ikke er lindret. Det som gjorde religionen til et lindrende middel, var at den ga en illusjonsfølelse som dempet ubehaget. Denne rollen vil den ikke lenger ha når virkeligheten er avdekket og vår manglende mulighet til å kontrollere ubehagets kilder er blitt tydelige, selv om den er retningsgivende for handlinger.

Det er imidlertid en annen måte å kunne lindre ubehaget på enn religionen, som kunne gjøre ubehaget til å holde ut selv om religionen har falt. Jeg skal se på dette nedenfor.

#### **Andre lindrende midler enn religionen**

Foruten religionen nevner Freud to andre måter å håndtere ubehaget på – *erstatningstilfredsstillelser* og *rusmidler*, begge midler som skulle gjøre ubehaget mindre ved å avlede oppmerksomheten bort fra det. Til felles med religionen hadde de den negative effekten på kulturmenneskets bevissthet og handlekraft. I min drøfting av kulturmenneskets streben etter å holde ut ubehaget, vil jeg imidlertid ikke ta hensyn til disse to midlene, men kun omtale religionen i kategorien avledende lindrende midler. Dette fordi jeg mener det er vesensforskjeller mellom de to nevnte midlene og religionen, som gjør dem mindre interessante for mitt resonnement. Der religionen var en helhetlig og omfattende helhet som omsluttet kulturmennesket helt og fullt, gir disse to midlene kun kortvarig lindring. At de også er personlige, gjør at de mangler den grunnleggende egenskap jeg mener er nødvendig, nemlig å være fellesskapsfremmende og solidaritetsbyggende. Jeg kommer derfor ikke til å drøfte disse to lindrende midlene, men vil la religionen stå som eksempel på det middelet som lindret ubehaget ved å avlede bevisstheten fra det.

Men ubehaget var sammensatt, og de tre lindrende midlene – inkludert religionen – lindret kun en del av ubehagets kilde, det Freud mente var ” utilstrekkelige i de menneskelige forhold”.

Men det var to andre kilder til ubehag som kulturmennesket erfarte: erkjennelsen av at vi ikke har evne til å beherske naturen og kroppen.<sup>116</sup> Freud fastslo at ingenting kunne gjøres med dem og at vi måtte leve med den usikkerheten og det ubehaget dette avstedkom/medførte. Derfor drøfter han ikke disse to.

Og ironisk nok var det nettopp forsøket på å beherske kroppen og naturen – gjennom vitenskap og forskning – som frarøvet oss det viktigste lindrende middelet: religionen. Fremfor å dempe ubehaget er det dermed blitt forsterket: Religionen er borte, og forsøkene på å kontrollere kroppen og naturen – de to andre kildene til ubehag – førte i første omgang ikke til annet enn at ubehaget ble forsterket.

Freud hevder at vi som kulturmennesker undertrykker den naturlige utfoldelse og legger bånd på oss når vi skal leve som sosialiserte, dannede mennesker. Kildene til lidelse er de tre elementene vi som naturmennesker var en naturlig del av, men som nå må beherskes. Naturen, kroppen og en sivilisert omgang gjennom menneskenes tilpasning til hverandre skal beherskes, og det er dette som plager oss. Jeg er enig i at disse tre faktorene ligger til grunn for ubehaget, men jeg godtar ikke at vi resignerer. For i motsetning til Freud mener jeg at når vi forsøker å holde ut i kulturen, ved å være kulturmennesker, forsøker vi å beherske alle tre kildene til ubehag, også naturens overmakt og kroppens skrøpeligheit.

Min oppfatning, og som jeg vil argumentere for i det videre, er at fremfor å resignere overfor de to lidelseskildene, naturens overmakt og kroppens skrøpeligheit, er det disse vi virkelig forsøker å kontrollere og utvikle. Og jeg vil også hevde at forsøket på å beherske disse to kildene til ubehag er et av de viktigste motivene bak vår tids medisinske forskning og utvikling. Hele vår naturvitenskap, teknologiske utvikling, medisinske forskning og praksis har jo nettopp som målsetting å beherske disse faktorene.

---

<sup>116</sup> Freud, Sigmund, 1993 (1992) (1930), s. 30

Dermed: Når jeg hevder at det viktigste lindrende middelet – religionen – ble vesentlig redusert allerede på 1600-tallet, betyr ikke det at kulturmenneskene levde i konstant ubehag i tiden etterpå. Forskjellen var bare at det var andre behov de lindret, og andre plager som ble dominerende, nemlig naturens overmakt og kroppens skrøpeligheit.

Senere i avhandlingen vil jeg drøfte akkurat dette; hvordan kulturmennesket kan ha forsøkt å mestre naturen og kroppen, og da ved å møte bestemte trusler som sykdommer – det som nettopp understreker vår mangel på kontroll av kroppen og naturen og som styrker ubehaget. Jeg skal så se på om de ulike måtene vi forsøker å håndtere disse truslene på kan lindre ubehaget, og i så fall avlede eller dempe det.

Først vil jeg drøfte det alternativet Freud presenterer som alternativ til å bruke avledende midler mot ubehaget. Psykoanalysen var, slik jeg forstår Freud, en måte å holde ut ubehaget på uten å leve i en illusjon, og jeg skal gi en kort presentasjon i det følgende.

## **5. Lindring av ubehaget uten illusjoner: psykoanalysen**

Det var ifølge Freud flere mulige lindrende midler, men det var religionen han la vekt på. Og når det nettopp er religionen, foran alle andre potensielle lindrende midler, Freud omtaler og vil til livs, er det fordi han mener det er religionen som i størst grad bidrar til at intelligensen utkobles og driver menneskene inn i illusjonen.<sup>117</sup>

”[Religionens] teknikk består i å redusere livets verdi og erstatte bildet av en reell verden med en illusorisk. Og dette forutsetter igjen at intelligensen utkobles”<sup>118</sup>

Freud karakteriserer religionen som et lindrende middel som demper ubehaget, men gjør det på bekostning av vår bevissthet, og slik fratrar oss evnen til å opptre rasjonelt. Slik jeg tolker dette, vil religionen også stå i veien både for det psykoanalytiske

---

<sup>117</sup> Ibid. kap. 2

<sup>118</sup> Ibid. s. 28

tankesettet som Freud fremmet, og dermed også for vår evne til å være rasjonelle, vise dømmekraft og å ha integritet.

Freud ønsket at kulturmennesket skulle kunne leve i kulturen uten avledninger. Man ville uansett ikke bli lykkelig, men ubehaget ville bli til å holde ut. Måten dette ville være mulig på, var å følge de psykoanalytiske prinsippene.

### **Psykoanalytiske prinsipper i kulturen – hvordan?**

Det er mange måter å forstå Freuds prosjekt på. Sosiologen Philip Rieffs tar i sin kritiske bok *The Triumph of the Therapeutic* utgangspunkt i psykoterapien i sin konkrete form der en eventuell (ny) forståelse av samfunnet og kulturen vil ha utspring i terapien selv.<sup>119</sup>

Jeg tolker det som gjerne kalles psykoanalysen heller som en underliggende tenkemåte som kommer til uttrykk gjennom holdninger, reaksjonsmønstre og språk. Det er en tilnærming til verden og tilværelsen som er helhetlig nok til å gjøre ubehaget mindre og til å lindre det, uten at man verken blir lykkelig eller blir fratatt evnen til å foreta rasjonelle valg og avgjørelser. Når de psykoanalytiske prinsippene kan ha funksjon som et lindrende middel mot ubehaget, er det fordi det gir en bestemt persepsjon av virkeligheten som gir svar og gjør sammenhenger forståelige. Det er et redskap å orientere seg etter. Det som skaper ubehaget, er uvissheten og vissheten om våre begrensninger, vår manglende evne til å forstå og til å håndtere naturen og kroppen. Slik kan et sett av prinsipper, et helhetlig system, virke lindrende på ubehaget fordi man konfronterer og behersker ubehaget, fremfor å finne måter å avledes fra det.

Slik jeg leser det, var psykoanalysen Freuds løsning på å holde ut den lidelsen det innebar å være kulturmenneske, men da ikke som terapi slik vi forbinder den med i dag, men heller som en helhetlig oppfatning av hvordan tingene henger sammen, og som en måte å tilnærme seg tilværelsen – og ubehaget – på.

I en viss forstand har prosjektet lyktes, da vi kan si at de psykoanalytiske prinsippene faktisk er blitt en del av vårt tankesett, mentalitet og måte å forstå tilværelsen på, og

---

<sup>119</sup> Rieff, Philip: *The Triumph of the Therapeutic. Uses of Faith After Freud*, 1987 (1966)

slik også en ramme omkring vår livsforståelse. Freuds prosjekt – å gjøre de psykoanalytiske prinsippene til det redskap mennesket skulle orientere seg etter – har lyktes i den forstand at tenkningen faktisk har blitt implementert i kulturen vår. Vi har mange eksempler på dette.<sup>120</sup> Som professor Trond Berg Eriksen skriver, så er den terapeutiske retorikken blitt allestedsnærværende, og seksualiteten har blitt et anerkjent sentrum for menneskelivet. Også oppfatningen av oss selv er preget: ”Den psykoanalytiske tradisjonen leverer modeller og uttrykk til en endeløs selvopptatthet i 1990-årene, hvor følelsene spiller en hovedrolle.”<sup>121</sup>

Slik har Freuds beskrivelser og presentasjoner av det han mente var årsaker og sammenhenger i mange tilfeller blitt en del av vår måte å oppfatte virkeligheten på, og vår tenkning og tilnærming til tilværelsen kan slik sett sies å være ”freudiansk”.

”Psykoanalyse” er altså ikke bare en metode terapeuten bruker for å forstå sin pasient, men kan ses på som en gjennomgående måte å tenke på og å tilnærme seg tilværelsen og livet. Allerede i 1936 kan vi lese en god beskrivelse av dette i et av dr.med. Trygve Braatøys essay:

”Den psykoanalytiske innsikt på disse områder [seksualiteten] har tross strid og meget snakk bare hatt en betinget virkning når det gjelder konkret handling; og mest upåvirkelig i alle land har lægestanden vært.

Allikevel tør det hevdes at den psykoanalytiske innsikt har virket indirekte. Interessen for barna og barns utvikling og respekten for barnelægens arbeide (...) er steget enormt i tenkende kretser, fordi det på en del livsviktige områder blev klarlagt en umiddelbar sammenheng mellom barndommens hendelser og vår skjebne som voksne.”<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> Nå kan man innvende at Freuds tanker vil være like formet av sin kultur som vi er av vår. Dermed kunne vi drøftet i hvilken grad vårt tankegods er influert av en kristent påvirket Freud snarere enn av Freud alene. Jeg har ikke funnet at han har drevet selvrefleksjon omkring dette temaet, men antar at hans eventuelle påvirkning av en kristen kultur har vært ham bevisst. Dette både fordi den kristne innvirkningen på kulturen er et kjernetema hos ham, og fordi han som jøde og del av en religiøst fundert kultur må ha hatt et aktivt forhold til trosspørsmål. Jeg vil imidlertid fortsette mitt resonnement med utgangspunkt i at vår moderne mentalitet i stor grad er påvirket av de psykoanalytiske prinsipper uten å gå inn på drøftinger av de påvirkninger som eventuelt må ha formet Freud selv og det tankegods han leverte.

<sup>121</sup> Eriksen, Trond Berg, 1992 (1991), s. 120,121

<sup>122</sup> Braatøy, Trygve: ”Den ordløse angst” i *De unge menn. Essays og artikler*, 1936, s. 170

Freuds målsetting var at menneskene skulle forholde seg til virkeligheten på et sant og utildekket vis. Dette ville være mulig hvis den type lindrende midler som sto i veien for rasjonaliteten – som religionen – ble eliminert.

Kulturmennesket ville fremdeles ha behov for å lindre ubehaget, men man kunne nå benytte seg av andre midler, nemlig de som dempet ubehaget uten å frata kulturmennesket rasjonalitet og dømmekraft. Ifølge Freud – slik jeg leser ham – vil dette lindrende middelet være å leve i tråd med de psykoanalytiske prinsippene, der erkjennelse og konfrontasjon står sentralt. Man vil ikke være lykkelig, men i alle fall lever man ikke uten kontakt med virkeligheten. Og det er derfor han kommer med så voldsomme utfall mot religionen: Den kobler ut intelligensen og står i veien for å kunne leve i henhold til de psykoanalytiske prinsipper.<sup>123</sup>

Dette behøver ikke bety at mennesket skulle bli lykkeligere eller mer komfortabelt enn det hadde vært før. Tankesettet basert på de psykoanalytiske prinsippene har påført oss skyldfølelse, ideen om morskomplekser og fallosangst, noe som like mye kan sies å være til hinder for vår utfoldelse enn det motsatte. Men så var da heller ikke Sigmund Freuds prosjekt at kulturmennesket skulle være lykkelige eller at livet og hverdagen skulle være ukomplisert. Sannheten var nok.

### **Psykoanalysen ikke nok**

Men for at de psykoanalytiske prinsippene skal kunne etableres som en felles overordnet størrelse som kan gi mennesket forutsetninger til å leve med kun et moderat ubehag, er den fremdeles ikke implementert tilstrekkelig i kulturen eller vår bevissthet.

Trond Berg Eriksen skriver i boken *Freuds retorikk* at hvis de psykoanalytiske prinsipper skulle overta som grunnleggende og retningsførende premiss i kulturen, måtte størrelser som religion, moral, estetikken og politikk ha vært avskaffet.<sup>124</sup> Forutsetningen er altså at de psykoanalytiske prinsippene må være overlegent kulturelt retningsførende – de må ligge til grunn for samvittighet og oppførsel, og være ramme for vårt verdisyn og handlingsrom.

---

<sup>123</sup> Eriksen, Trond Berg, 1992 (1991), s. 54

<sup>124</sup> Ibid. s. 83–84



Så selv om psykoanalysens begrepsapparat har fått feste i språket, kulturen og vårt tankesett, er ubehaget fremdeles sterkt til stede. Vi har fremdeles ingen redskap til å håndtere kroppen og naturen, og heller ikke de menneskelige forhold som Freud vektlar, har vi under kontroll. Av det følger at de lindrende midlene fremdeles er nødvendige for at kulturmennesket skal kunne holde ut.

Jeg mener at heller ikke religionen har posisjon eller autoritet nok til å lindre ubehaget slik Freud hevdet. Den vil ikke være en avledning fra vår autoritet over eget liv, og heller ikke så truende som Freud fryktet. Samtidig vil kulturmenneskets ubehag heller ikke lindres, og vi plages fremdeles. Med utgangspunkt i Freuds påstand om at vi alltid vil være på jakt etter noe som kan lindre ubehaget, vil dette bety at vi allerede i lang tid har vært på leting etter lindrende midler som kunne erstatte religionen.

Slik jeg leser Freuds løsning, å ha de psykoanalytiske prinsippene som grunnleggende retningslinjer, er hensikten at de skal få kulturmennesket til å holde ut ubehaget, men heller ikke mer. Imidlertid skal de, i motsetning til religionen, ikke være en avledning, men bringe klarhet og dømmekraft til mennesket. På den måten blir de et lindrende middel som *demper* ubehaget fremfor å avlede fra det. Ved å leve i tråd med de psykoanalytiske prinsippene vil tilværelsen fremstå slik den er, i motsetning til hvordan den fremstår gjennom avledningene.

Philip Rieff skrev i boken nevnt over at det Freud finner i psykoanalysen – og i religionen – finnes i flere former i kulturen:

”In general, all cultures have a therapeutic function, insofar as they are systems of symbolic integration – whether these systems be called religious, philosophical, ideological or by any other name.”<sup>125</sup>

Dette er en interessant bemerkning som tydeliggjør problemstillingen. Det eksisterer komponenter i enhver kultur som bidrar til å gjøre tilværelsen til å holde ut. Sigmund Freud argumenterer for religionens funksjon i denne sammenhengen, og for de

---

<sup>125</sup> Op.cit. s. 67

psykoanalytiske prinsippene. Det var de komponentene Freud drøftet og vektla, men det betyr ikke at disse er de eneste alternativ for måter mennesket kan holde ut på, og det er heller ikke refleksjon av de samme behovene.

Det vil være en målsetting å kunne lindre ubehaget uten å avledes, men å kunne beholde dømmekraft og integritet. Når de psykoanalytiske prinsippene ikke var solide nok til å lindre ubehaget, kan et alternativ være å gå tilbake til de to kildene til lidelse Freud mente det ikke kunne gjøres noe med, nemlig kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt – og undersøke om disse to kildene til ubehag likevel kan håndteres slik at ubehaget lindres. Dette er størrelser som i høy grad er en del av vår kultur, og som det er grunn til å argumentere for at kulturmennesket faktisk forsøker å håndtere. Dette skal drøftes i de påfølgende kapitler.

### **Kapittel 3 Oppsummering**

I kapittel 2 presenterte jeg menneskets dramatiske valg om å leve i kulturen, som ifølge Freud ga store muligheter til utvikling, men også hadde den konsekvens at man ikke kunne bli lykkelige. Ifølge Freud var det beste man kunne oppnå å holde ut, hvilket man gjorde ved å lindre plagene.

Det var to måter å gjøre ubehaget til å holde ut på: å finne avledninger som førte oppmerksomheten bort fra ubehaget på bekostning av integritet og dømmekraft, eller midler som dempet ubehaget, men uten å gjøre oss sløve. Eksempel på den første måten var ifølge Freud religionen. Den lindret ubehaget, men ble også betegnet som ”sterke avledninger”, som innebar at oppmerksomheten og evnen til å være rasjonell ble redusert eller borte. Den andre måten å holde ut på var å leve etter de psykoanalytiske prinsippene, som ga en helhetlig kulturell ramme, forutsigbarhet og redskap til å holde ut ubehaget. Denne måten lot en beholde rasjonaliteten, men heller ikke denne måten ga lykke.

Jeg argumenterte for at de lindrende midlene Freud presenterte ikke lenger var relevante ved at religionens styrke var redusert og de psykoanalytiske prinsippene ikke omfattende nok. Jeg mente likevel at kulturmennesket fremdeles hadde behov for lindrende midler, men at det da kan være de to andre kildene til ubehag som kan lindres: kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt.

#### **Neste del**

I neste del vil jeg argumentere for at det er mulig å håndtere de to kildene til ubehag som omtalt over, og jeg vil vise hvordan det kan gjøres ved hjelp av en bestemt aktør i samfunnet: helsetjenesten. Dette er en institusjon som berører nettopp de elementer som genererte ubehaget – kroppen og naturen, og det kan drøftes om ikke dette kan være midler som har innflytelse på ubehaget.



# **Del III**

*Hvordan helsetjenesten kunne bidra til å lindre  
ubehaget*



## **Kapittel 4 Omsorg blir en prioritert politisk oppgave. Kan det ha betydning for ubehaget?**

### **1. Systematisk helsetjeneste for folkets helse, men kan den også lindre ubehaget?**

Premisset for problemstillingen til nå har vært at kulturmennesket virkelig erfarer et slikt ubehag som beskrevet, og har behov for nye strategier for å håndtere det. Ettersom religionen ikke lenger kan lindre ubehaget, og heller ikke psykoanalysen har vært vellykket for formålet, kan det være verd å undersøke om andre institusjoner kan ha en rolle i forhold til kulturmenneskets ubehag.

En institusjon som kan ha elementer i seg som er egnet til å lindre ubehaget, er velferdsstaten eller deler av den. I det følgende vil det særlig være helsetjenesten som skal drøftes med tanke på å ha en slik rolle. Grunnen til at nettopp denne institusjonen er verd å undersøke, er at den berører grunnleggende eksistensielle spørsmål som liv og død.

Et kjernepunkt i helsetjenesten er medisinen, som regnes å ha en betydelig rolle i samfunnet og stor makt over befolkningen. I Makt- og demokratiutredningen (maktutredningen) begrunnes dette blant annet med at den forvalter helsen, som igjen er rapportert som ”den høyeste livsverdi”. Når man blir syk, taper man makten over egen kropp, tilværelse og fremtid, og fordi medisinen er en aktør som kan avhjelpe denne situasjonen, vil den også bli tillagt makt. Medisinens makt blir også begrunnet med at befolkningen har tillit til den i at det ligger en nedarvet positiv grunnholdning til medisinen, som er preget av takknemlighet og respekt. At legene tilhører en økonomisk og sosial elite, er også et viktig element.<sup>126</sup> (I utredningen hevdes det også at medisinen er en erstatning for religionen. Som jeg gjorde rede for i kapittel 1, vil dette være en analogi som ikke regnes som sann i denne avhandlingen.)

Når helsetjenesten regnes som et relevant eksempel å drøfte i sammenheng med kulturmenneskets ubehag, skyldes det også at enkelte former for helsetjeneste berører

---

<sup>126</sup> Fugelli, Per; Stang, Grete; Wilmar Bente (red.): ”Har medisinen makt?”, Makt- og demokratiutredningens rapportserie, rapport 57 (*Makt og medisin*), 2003

de to kildene til ubehag som Freud nevner som grunnleggende: naturens overmakt og kroppens skrøpeligheit.

Og det er disse to momentene som vil være emne for drøftelser i avhandlingen.

I motsetning til Freud, som konkluderte med at vi ikke kunne gjøre noe med de to kildene til ubehag, mener jeg at vi både kan gjøre noe med det og at vi faktisk gjør det. Det er grunn til å argumentere for at mye av det som kulturmennesket foretar seg når det gjelder utvikling, organisering og endring av helsetjenesten, nettopp handler om å forsøke å håndtere disse kildene til ubehag. Jeg skal i det følgende argumentere for dette, og resonnementet videre bygger på disse premissene:

1. Ubegagat Freud presenterer i forbindelse med å være kulturmennesker, plager oss på samme måte som han beskriver, og vi har behov for lindrende midler for å holde ut.
2. Religionen er ikke lenger et lindrende middel, heller ikke de psykoanalytiske prinsippene.
3. Ubegagat består fremdeles av de tre punktene Freud presenterer (kroppens skrøpeligheit, naturens overmakt og utilstrekkelighet i hvordan de menneskelige forhold reguleres på), men det er ikke nødvendig å akseptere at de to førstnevnte kildene til ubehag ikke kan gjøres noe med. Tvert imot er det disse kildene til ubehag vi forsøker å gjøre noe med.

Først skal jeg imidlertid gi en kort redegjørelse for velferdsstatens utgangspunkt, motivasjon og mulige egenskaper med tanke på ubegagat, deretter drøfte helsetjenestens forhold og rolle i det samme.

### **Velferdsstaten, tegn på kulturmenneskets overlegenhet?**

En institusjon som regnes som bærebjelken i det samfunnet kulturmennesket har skapt, er den vi kaller velferdsstaten. Betegnelsen kan forstås som et statlig regime som ivaretar den enkeltes velferd, både hva gjelder helse, økonomi og utdanning, og ble etablert i Europa – særlig Tyskland – på slutten av 1800-tallet.<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> <http://www.snl.no/velferdsstat>



I Norge ble ikke velferdsstaten som begrep introdusert før på femtitallet, men som Aud Tønnessen skriver, ble grunnlaget lagt i siste del av 1930-årene:

”Den moderne velferdsstatsideologien voks fram som eit svar på den økonomiske og sosiale krise i mellomkrigsåra og som eit alternativ til dei fascistiske og nazistiske maktstatane under 2. verdskrig. Oppbygginga av ein norsk velferdsstat tok for alvor til etter 2. verdskrig, men grunnlaget var lagt allereie i siste del av 1930-talet.”<sup>128</sup>

Når dette kan ses som et tegn både på at kulturmennesket er etablert med avstand til naturen og greier å håndtere ubehaget, skyldes det at ordningen krever et fundament der rasjonalitet og fornuft er grunnleggende verdier.

I utgangspunktet var 30-årene en periode med økonomiske nedgangstider, og muligheten til politisk inngripen for å etablere velferd var begrenset. Når man trosset dette og prioriterte velferd, er det et tegn på hvordan kulturen både krever humanisme og hvordan den oppfylles på tross av forutsetningene. Et eksempel på hvor høyt man prioriterte dette, var innføring av nye sosialpolitiske ordninger. Det var i utgangspunktet lite rom for økonomiske krav, men på tross av stramme forhold fikk man innført både alderstrygd og arbeidsledighetstrygd. Også tallet på helsepersonell økte, og da særlig antallet leger, sykepleiere og tannleger.<sup>129</sup> På tross av krisetider så man altså store fremskritt når det gjaldt helse og velferd. Det var Arbeiderpartiet som ledet det sosialpolitiske arbeidet, og ved siden av å opprette velferdsgoder ble det nedsatt en sosiallovkomité. Disse elementene i seg selv kan ses som et tegn på kulturmenneskets seier, fordi de demonstrerte nettopp evnen til å tenke i humanistiske baner.

Man ville sørge for best mulig helse og forutsetninger for den enkelte, og tiltak ble iverksatt som berørte store deler av befolkningen. Tiltakene skulle gjelde alle, og særlig de ubemidlede skulle prioriteres. Et eksempel er det som ble kalt ”Oslo-frokosten”, en ordning etablert i 1925 der oslobarna fikk frokost på skolen. Dette

---

<sup>128</sup> Tønnessen, Aud V.: ”Velferdsstaten som moralsk utfordring”, *Syn og Segn*, 1/1996

<sup>129</sup> Seip, Anne Lise: *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*, 1994, s. 92–93

skulle gi dem mer næring enn middagene de hadde fått servert, ifølge Seip ”den næringstomme middagen”, samtidig som de fikk gode kostholdsvaner.<sup>130</sup>

Det ble klart at det var en sammenheng mellom helse og levekår, der det siste påvirker det første. I velferdsstatens begynnelse henger slik sett helsetjenestens utvikling og etablering av velferdsgoder generelt nært sammen. Et eksempel på det man kaller et sektoroverskridende tiltak, der de to elementene er sentrale, var arbeidet med å skaffe tilstrekkelig med boliger i byene. Det var særlig arbeiderklassen som led under boligmangel, som igjen førte til epidemier og dårlig helse. Dr.philos. Anne-Lise Seip skriver at Kristiania i 1878 fikk 20 000 nye innbyggere, og at utgiftene i forbindelse med dette var langt høyere enn skatteinntektene.<sup>131</sup>

Boligbyggingen kan stå som et eksempel på at velferdsstaten potensielt kan fungere som en slik overbygning som tidligere omtalt: en del av befolkningens tenkning og oppfatning av helt sentrale størrelser, alt fra moral til politikk, som igjen dannet en ramme omkring befolkningen og tilværelsen som kunne dempe ubehaget. Det ble tatt som en selvfølge; ikke nødvendigvis institusjonene i seg selv, som det stadig vil være debatt omkring, men ideen om at alle skal bli ivaretatt og at storsamfunnet har en vesentlig rolle i det.

Men det var ikke bare infrastruktur, kosthold og materielle forhold i seg selv som var viktig i etableringen av velferdsstaten. Også konkrete helsespørsmål ble mer sentralt. Et grunnleggende prinsipp var at hver enkelt skulle ivaretas av det offentlige, og slik ble også folkehelsearbeidet en sentral del av etableringen av velferdsstaten.<sup>132</sup>

Dette demonstrerte kulturmenneskets overlegenhet på to sentrale områder, nemlig det humanistiske menneskesynet og evnen til å samarbeide. Denne antakelsen blir godt underbygget ved arbeidet for bedre tannhelse. Her så man prioritering av helse på den ene siden, og samarbeid på tvers av profesjoner på den andre. Både politiske grupper og representanter for yrkesgruppene samarbeidet, og viste at dette var noe hele

---

<sup>130</sup> Seip, Anne-Lise, 1981, s. 10

<sup>131</sup> Seip, Anne-Lise: *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*, 1984, s. 244–247

<sup>132</sup> Idet man fikk et videre syn på hva helse kunne være, vokste det også frem et nytt fagfelt: Det var nå sosialmedisinen ble etablert som akademisk gren i Norge. Se Mæland mfl.: *Sosialmedisin i teori og praksis*, 2004/2006, kap 1, Aina Shciøtz: *Folkets helse helse – landets styrke 1850–2003*, Larsen, Øyvind: *The shaping of a profession*, Science History Publications/USA, 1996

nasjonen samlet seg om. Utgangspunktet for dette var at Tannlegeforeningen allerede fra slutten av 1800-tallet hadde jobbet aktivt for å få etablert skoletannpleie. I 1906 hadde foreningen samlet tilstrekkelig data om skolebarns tannhelse til å få en oversikt over tilstanden omkring i landet. Særlig i Oslo viste skolebarnas tenner seg å være i miserabel forfatning. Bare i underkant av en halv prosent av de undersøkte folkeskolebarn i Oslo hadde friske tenner, mens 99,54 prosent hadde syke tenner, rapporteres det.<sup>133</sup> Den statistiske dokumentasjonen på tannhelsen i befolkningen hadde vært viktig for å få etablert skoletannklinikene (riktignok ikke før de neste 25 år). Men man så også praktiske ringvirkninger av dårlig tannhelse, hvilket var av betydning når myndighetene lot seg påvirke til å iverksette tiltak. Eksempelvis var bedret munnhygiene av stor betydning også for tuberkulosebekjempelsen, noe tannhelsetjenesten kunne bidra til å forbedre. Resultatet av innsatsen var en radikal endring i tannhelsetjenesten i landet; i 1910 fikk Bergen og Kristiania kommunale skoletannklinikker, og i 1917 fikk alle bykommuner pålegg om å sørge for tilbud om tannpleie til barna.<sup>134/135</sup>

Etableringen av tannhelsetjenesten viser hvordan velferdsstaten er relevant å se på i forbindelse med å håndtere ubehaget. Den bygger på humanistiske verdier og har en målsetting om å ivareta hver enkelt, som må sies å være karakteristisk for kulturmennesket. Naturens overmakt, som var ett av elementene Freud mente vi plagdes av, var beseiret til fordel for et sivilisert samfunn.

Etableringen av en slik institusjon viser også at man har kontrollert kroppens skrøpelighet – kontrollert drifter, spontanitet og det irrasjonelle. Velferdsstaten demonstrerer solidaritet og samhold satt i system, som igjen viser at man har tilpasset seg kulturen og oppnådd distanse til naturen, og dermed også til instinktsstyrte handlinger. Det er også et eksempel på hvordan kulturmennesket etablerer institusjoner, her tannhelsetjeneste, og tenker i kompliserte strukturer – nok et karakteristikum ved kulturen og tegn på distanse til naturen og det primitive, impulsive.

---

<sup>133</sup> Sollund, Arne: *Den norske tannlegeforening. Gjennom 100 år 1884–1984*, 1984 s. 54–55

<sup>134</sup> Seip, Anne Lise, 1994, s. 114

<sup>135</sup> Det kan nevnes at skoletannpleien ble etablert 20 år før obligatorisk legeundersøkelse. Dette står i kontrast til vår tids helsepleie, der tannhelsetjenesten riktignok er gratis på grunnskolenivå, men er en helsetjeneste der utgiftene pålegges den enkelte i voksen alder. Dette i kontrast til subsidiert allmennhelsetjeneste.

Dette viser at de to kildene til ubehaget, kroppens skrøpelighet og naturens overmakt, er motarbeidet. I dette tilfellet kan vi også si at ubehagets tredje kilde håndteres: Prioriteringen av humanistiske verdier understreker også at man har fått de menneskelige forhold under kontroll.

### **Innvendinger**

Men det er særlig tre innvendinger mot at en slik institusjon skulle få en så vesentlig rolle for kulturmenneskets prosjekt med å håndtere ubehaget.

For det første var velferdsstaten på den tiden det her er snakk om ikke tilstrekkelig etablert for at den kunne ha en slik funksjon. Den er på trappene, behovet er der og den politiske viljen er til stede. Men den er ikke innarbeidet tilstrekkelig i befolkningen til at den kunne berøre hver enkelt, og være en aktør i den enkeltes tilværelse og i kulturen.

For det andre er velferdsstaten som system basert på politiske vedtak og bevilgninger. Slik blir den som en overbygning ikke stabil nok, ettersom det stadig vil kunne være kamp for å beholde den. Men særlig var den skjør ettersom den alltid vil være i endring ut fra hva de bevilgende myndigheter til enhver tid anså som av betydning. Slik potensiell endring vil ikke være gunstig der kulturmennesket trenger det stabile og forutsigbare.

For det tredje var velferdsstaten et stort og vidtrekkende begrep som var lite konkret. I motsetning til andre institusjoner som kunne ha funksjon som lindrende middel, var den ingen håndfast modell for individet. Religionen innebar en gudstro og klare retningslinjer for den enkelte – inkludert sanksjoner, og infrastrukturen knyttet til den som dannet den omtalte overbygningen i kulturen. De psykoanalytiske prinsippene representerte på sin side et komplett tankesett som ivaretok forståelse av fortid, nåtid og fremtid, og som ikke minst lot befolkningen være praktisk og pragmatisk. Ideen om velferdsstaten tilhører slik sett en annen kategori. Den er, og reflekterer, en bestemt slags holdning – humanisme, fellesskap og solidaritet, men den er ikke solid nok, den berører ikke hvert enkelt individ i tilstrekkelig grad.

Det var imidlertid en bestemt del av velferdsstaten som angikk individet, og som forvaltet spørsmål omkring de grunnleggende kilder til ubehaget som jeg argumenterte for at det var mulig å gjøre noe med, nemlig naturens overmakt og kroppens skrøpeligheit. Dette var helsetjenesten. Den vil i større og mer konkret grad enn velferdsstaten ha med liv og død å gjøre – nettopp de spørsmål og mysterier kulturmennesket har strevet med og fått hjelp gjennom religionen med å forholde seg til. Det ville være en institusjon som ivaretok den enkelte, men den var også en sentral del av velferdsstaten som igjen ivaretok ideen om det kollektive.

### **Helsetjenesten; en mulig overbygning?**

Et viktig prinsipp ved utformingen av den sosialdemokratiske velferdsstaten og helsetjenesten som var knyttet til den, var at alle skulle tas vare på. Det skulle være et tilbud til alle, det skulle inkludere alle.<sup>136</sup> Og nettopp dette, at det må angå den enkelte, er også et av kriteriene for at noe skal kunne ha en lindrende effekt på ubehaget. Helsetjenesten slik den utvikler seg fra 1800-tallet, går i denne retningen. Både politisk og innen helsetjenesten skjer det store endringer som går i individets favør og som styrker den offentlige helsetjenesten. Medisinfaget viste en stadig større interesse for individet, og man begynte å se på pasienten som en person, ikke bare et objekt.<sup>137</sup> Samtidig var utjevning av sosiale forskjeller sentrale oppgaver, samt å sørge for at alle fikk de materielle goder som trengtes for å overleve.<sup>138</sup>

Når denne institusjonen kunne ha potensial til å lindre ubehaget, er det fordi den hviler på de humanistiske prinsippene om at det er individets interesser som står i sentrum, både individuelt og politisk. I tillegg ivaretok den kroppens skrøpeligheit, sørget for at de mellommenneskelige relasjonene ble regulert på sivilisert og ordnede måter, og var tegn på at naturen ble kontrollert.

### **Flere aktører**

Et annet trekk som gjør denne delen av velferdsstaten egnet til dette prosjektet, er hvordan den krever samarbeid og organisering. Opprettelsen av en helhetlig helsetjeneste var et samarbeid mellom flere instanser, som igjen kunne ses på som et

---

<sup>136</sup> Schiøtz, Aina, s. 310–313

<sup>137</sup> Porter, Roy: *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, 2001 (1996), s. 143

<sup>138</sup> Seip, Anne Lise, 1981

tegn på at naturen – det spontane og uansvarlige – var overvunnet. Snart så man at frivillige og religiøse organisasjoner supplerte den offentlige helsetjenesten, både gjennom å ta initiativ til planer og å sette dem ut i livet. Tuberkulosehjemmene og kontrollstasjoner for mor–barn var eksempler på dette.<sup>139</sup>

Også i utformingen av helsepolitikken begynte andre aktører enn det offentlige å legge premisser. Selv om politisk ledelse sørget for handling, var det ifølge Seip legene som i størst grad utformet velferdsstatens helsepolitikk.<sup>140</sup> De øvet påvirkning gjennom frivillige organisasjoner – blant annet ble Nasjonalforeningen for tuberkulose dannet i begynnelsen av århundret, og andre yrkesgrupper som nevnt over.

### **Helse først**

Helseforebyggende arbeid ble også sett i sammenheng med industrien og inntjening, og arbeidernes helse. I 1917 ble Carl Schiøtz ansatt ved Freia sjokoladefabrikk, og ble landets første bedriftslege. Som skoleoverlege i Oslo hadde Schiøtz satt i gang helsekontroller av skolebarna, og det var denne modellen han fulgte når han som bedriftslege undersøkte arbeiderne jevnlig.<sup>141</sup> Bedriftshelsetjenesten ble riktignok ikke veldig utbredt, da mange bedrifter ikke sto sterkt nok økonomisk.<sup>142</sup> Freia sjokoladefabrikk var landets første industri som hadde en egen bedriftslege, og selv om bare åtte fabrikker fulgte Freias eksempel, var eksempelet statuert. Også andre sektorer fulgte etter.

Også indirekte ble befolkningens helse forsøkt ivaretatt. Man så endringer i produksjonsmidlene, og i mange tilfeller ble arbeidstakernes hverdag betydelig bedret. I boken *Mennesket og maskinen* fra 1937 formulerer Georg Brochmann seg sterkt og optimistisk når han forteller om store forventninger til fremtiden:

”Istedenfor et fordrুক্ত, skittent og fillet proletariat møter vi pent antrukne arbeidere, de velstelte barn ser sunde og sterke ut, og pultene på skolen må stadig bygges større fordi gutter og

---

<sup>139</sup> Seip, Anne Lise, 1994

<sup>140</sup> Seip, Anne Lise: “Velferdsstatens utvikling: Trangen til trygghet og en ny rasjonalitet”, i Segelcke, Nanna (red): *Norge Ad Notam*, 1992, s. 224

<sup>141</sup> Seip, Anne Lise, 1994, s. 115

<sup>142</sup> Ibid.

jenter blir høiere og kraftigere for hver generasjon.  
Arbeidstiden i de lyse, vel ventilerte og passe opvarmede  
fabrikkene er blitt meget kortere.”<sup>143</sup>

Også dette er eksempel på at kulturen – det dannede, kontrollerte og medmenneskelige – hadde seiret.

Samlet er dette momenter som demonstrerer at kulturmennesket ikke bare har avfunnet seg med situasjonen og at de mestrer den, men den viser også at ubehaget er håndtert. Naturen er beseiret i at menneskene opptrer sivilisert, dannet og rasjonelt, og eventuelle instinkter later til å være borte. Kroppens skrøpelighet er fremdeles en kjensgjerning, men den blir håndtert gjennom humanistiske tiltak.

Det er derfor ikke tilfeldig at nettopp medisin og helsetjeneste kunne ha en så sterk rolle, ettersom de berørte kildene til ubehaget direkte: kroppen og naturen.

Men det er momenter som viser at de nye tiltakene ikke nødvendigvis var til den enkeltes fordel, og dermed heller ikke hadde den rollen overfor ubehaget som det er konkludert med her. For selv om samfunnet som helhet tjente på den nye institusjonen, er det ikke dermed sagt at den enkelte ble ivaretatt i en slik grad at vi kan si at kulturmennesket hadde overtaket. I det videre skal jeg vise hvordan den enkeltes interesser ikke nødvendigvis står fremst i arbeidet med å fremme folkets helse.

## **2. Humanisme på makronivå, individet på sidelinjen**

Som jeg hevdet over, måtte et kriterium for at en institusjon skulle kunne lindre ubehaget være at det var en etablert institusjon som hadde en tydelig plass både i samfunnet, kulturen og i befolkningens bevissthet. Religionen hadde vært det, psykoanalysen var ment å skulle bli det. Når helsetjenesten kan drøftes i forbindelse med å ha en slik funksjon, er det fordi den berører de grunnleggende spørsmål som plager kulturmennesket mest – spørsmål om liv og død. Den er egnet også fordi den handler om det konkrete og håndfaste. Helseforebyggende tiltak og undersøkelser var mer konkret enn generelle politiske vedtak og målsettinger og underliggende

---

<sup>143</sup> Brochmann, Georg, 1937, s. 6

strukturer i velferdsstaten. Kanskje enda viktigere var at den allerede hadde dype røtter i kulturen, og med det et mulig tegn på at kulturmennesket hadde lindret ubehaget og funnet seg til rette i kulturen. Men det var andre sider som kan tyde på at kulturmennesket på tross av denne fremgangen likevel ikke fikk lindret sitt ubehag av dette.

Dette skal drøftes nedenfor.

### **Humanisme: Kulturmennesket hadde lyktes**

Jeg nevnte tidligere at velferdsstaten i Europa begynte å etableres på 1800-tallet. Den nyere medisinen som satte individet i sentrum, ble etablert enda tidligere. Michel Foucault knytter utviklingen av den nyere medisin til humanismen som preget Europa fra begynnelsen av det nittende århundre. Han mener at vi her finner opprinnelsen til synet på individets særpreg og livets ukrenkelighet. Menneskesynet er sammenfallende med den medisinske praksisen som oppfattes å ha sin opprinnelse på samme tid; det både tillater og oppfordrer medisinen til å strekke seg lenger enn noen gang.<sup>144</sup> Et særtrekk ved det 18. århundrets humanisme var at individet skulle ivaretas fra vugge til grav, hvilket ble reflektert i synet på befolkningens helse. Og inspirert av Jean-Jacques Rousseau (1712–1778), som vektla det naturlige – amming av nyfødte og tilgang på frisk luft, utviklet Johann Peter Franc (1745–1821) ideen om statlig kontroll av innbyggernes helse. Dette hadde stor betydning for utviklingen av folkehelsearbeidet. Ifølge professor og medisinhistoriker W. F. Bynum ved University College London kan den organiserte medisinen, sammen med en generell humanistisk strømning, sies å ha lagt grunnlaget for den første lovreguleringen av det offentlige helsestellet, som vi ser i Storbritannia på 1870-tallet.<sup>145</sup>

Målrettet arbeid for å bedre helsen i hele befolkningen var en tendens i Europa allerede på 1800-tallet, og en illustrasjon på målsettinger og strategier finnes i et foredrag holdt i 1888 av den britiske reformatoren og folkehelseforkjemperen Sir Edwin Chadwick. Han legger frem resultatene av hygienemessige tiltak i det militære og i sivilbefolkningen. Tiltakene var iverksatt i kampen mot alvorlige epidemier som meslinger, kikhoste, tyfus, skarlagensfeber og difteri, sykdommer som i stor grad rammet fattige og særlig barn. Det særskilte med disse tiltakene var at de var

---

<sup>144</sup> Foucault, Michel: *Klinikkens fødsel*, 2000 (1993)

<sup>145</sup> Bynum, W.F.: *Science and the Practice of Medicine in the nineteenth century*, 1994



forebyggende tiltak, ikke akutt inngripen i konkrete sykdomstilfeller. Resultatene var målbare, etter en tiårsperiode, da man ser et tydelig fall i sykdomstilfeller. Fra foredraget heter det:

“The institution was first properly drained, and the premises cleared of foul sewage smells, by which clearance the death rate was reduced by more than one-third, or to eight in a thousand. Then followed frequent head to foot washing with tepid water, when the death rate was again reduced by more than one-third, and with some other sanitary improvements, namely, better ventilated rooms, and better the bedding of the children, with one child only in each bed. Here the death rate has been reduced to less than three in an thousand, and that with children of the lowest type.”<sup>146</sup>

På kort tid hadde sanitærforholdene bedret seg i en slik grad at barnas helse var betydelig bedret og dødsraten var redusert betraktelig. Tiltakene måtte anses som vellykkede.

Eksempelet illustrerer hvordan kulturmenneskets nå kunne ha seiret over naturen. Det at forsamlingen eksisterte alene – “Association of Public Sanitary Inspectors of Great Britain”, og at en slik kongress ble holdt, viser at en humanistisk tendens var etablert. Men ikke minst er metoden som benyttes et tegn på at man tenkte langsiktig, i at det var forebyggende tiltak. Ikke minst kan det være et tegn på kulturmenneskets integritet at det var barn med ubemidlet bakgrunn som var gjenstand for de forebyggende tiltakene.

Og ikke bare så man en institusjonalisering av de humanistiske prinsippene, det hele reflekteres også i at de fattige ble ivaretatt. For den type sykdom som her er drøftet, rammet hele befolkningen, men særlig de lavere lag. Her var forutsetningene for hygiene dårligst, da man bodde trangt og tilgangen på hygieniske midler var begrenset. Å sette i gang forebyggende tiltak mot smittsomme sykdommer mot denne gruppen kan være tegn på at kulturmennesket hadde seiret; uselviske og humanistiske tiltak ble utført for den enkeltes egen skyld. Slike helsetiltak vil dermed kunne ha en

---

<sup>146</sup> Chadwick, E.: “Progress of Sanitation, Civil and Military”, Journal of the Society of Arts, vol 36 (1888) August 25<sup>th</sup> 1888, s. 1029–34

ekstra effekt, nemlig å lindre ubehaget. Det ville være et tegn på at kulturmennesket hadde seiret.

Men i det følgende skal jeg vise at dette ikke nødvendigvis var tilstrekkelig for å kunne si at disse tiltakene lindret kulturmenneskets ubehag.

### **Innvending: humanisme, men ikke nødvendigvis tiltak som lindret ubehaget**

Velferdsgoder som de offentlige helsetjenestene var et eksempel på, kan ses på som en bekreftelse på – og utvikling av – kulturmenneskets avstandtaken fra naturmennesket, og et ledd i prosjektet med å lindre ubehaget. Tilsynelatende greide kulturmennesket å håndtere kildene til ubehag: De mestret naturen ved å bruke dens muligheter til sin fordel, og ved at helseforebyggende tiltak var noe av dette prosjektet, mestret de også den andre, kroppens skrøpeligheit. Til grunn for det hele lå også en solidaritetstanke, et humanistisk grunnsyn, som i tillegg berørte den tredje kilden til ubehaget – utilstrekkeligheten i de menneskelige forhold.

Men humanismen og individets plass reflekterte ikke verdier og privilegier som gjaldt hele befolkningen eller var etablert i alle lag av samfunnet. For samtidig som tendensen gikk mot at individet fikk en annen rolle enn tidligere, var det ikke dermed sagt at det var individet som var målskive for tiltakene. Snarere er det tendenser som tyder på at det var samfunnet og ikke individet som sto sentralt. Sundhetsloven av 1860 illustrerer dette, der arbeidet med en planmessig helsepolitikk ble etablert. Aina Schiøtz skriver at loven førte til en reorganisering av den norske helsetjenesten og la premisser for både primærhelsetjenesten, helseadministrasjonene på lokalt plan og forebyggende helsearbeid helt frem til 1986.<sup>147</sup> Men ifølge Anne-Lise Seip var hovedhensikten med loven og oppfølgingen av den å styrke helsesituasjonen på et overordnet plan. Det var ivaretagelse av samfunnet som helhet mer enn den enkelte som var lovens hovedformål.<sup>148</sup>

Ivaretagelse av samfunnet og det kollektive – fremfor det individuelle – som primærmotivasjon for folkehelsearbeid eksemplifiseres også av den innsats som ble gjort for å hindre smitte. Mot slutten av 1800-tallet var smitteveiene blitt kjent, og

---

<sup>147</sup> Schiøtz, Aina, s. 41, 48–49

<sup>148</sup> Seip, Anne-Lise, 1981

bakteriologien avløste de eldre smitteoppfatninger og den såkalte miasmelæren.<sup>149</sup> Dette fikk sitt gjennombrudd gjennom blant annet Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i 1873 og Robert Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen 1882.<sup>150</sup> Når smitekilden kunne være hvem som helst – også de aller friskeste – ble mistenksomheten og frykten større. Frykten for det man ikke kunne se, kombinert med en reell fare for smitte og behov for å temme en epidemi, gjorde det nødvendig å iverksette undersøkelser av de store horder – også de presumptivt friske.

Å finne frem til smitekilden ville dermed være en viktig del av en overordnet målsetting om å begrense sykdomstilfeller, og ikke nødvendigvis at den enkeltes liv ble reddet. Det behøver ikke være enten–eller, men det er klart at det ikke bare var den enkelte som sto i sentrum. En illustrasjon på dette er Nils B. Koppangs undersøkelse av 66 difteripasienter på første avdeling ved Kristiania kommunale sykehus i løpet av året 1918, en undersøkelse som i dag trolig ville ha blitt vurdert til å ha store etiske implikasjoner, men som den gang var ukontroversiell.

Koppangs prosjekt var å utvikle en elektrokardiografisk undersøkelsesmetode for å måle hjerterytmen så presist som mulig. Fordi difteripasienter er særlig utsatt for hjertekomplikasjoner, var denne gruppen godt egnet:

”Min plan var at undersøke et stort antal patienter, ikke alene de grave former av difteri, men ogsaa de lette; disse patienter var det min agt at elektrokardiografere daglig eller hveranden dag, uanset om der forelaa mistanke om en komplicerende hjertelidelse eller ei.”<sup>151</sup>

Formålet med Koppangs undersøkelse var å utvikle et bestemt diagnostisk redskap, og han konkluderte da også med at ”(...) den elektrokardiografiske undersøkelsesmetode er av væsentlig betydning for diagnosen av den difterien komplicerende hjertelidelse”.<sup>152</sup>

---

<sup>149</sup> Siv Frøydis Berg beskriver denne oppfatningen som at ”(...) sykdom smittet via luften, via giftige *miasmata*. Dette giftige smittestoffet oppsto som følge av atmosfæriske møter mellom ulike luftstrømninger, påvirket av klima, årstid, astronomi og liknende, og utdunstninger fra jordbunnen”. (Siv Frøydis Berg: *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, 2002, s. 31)

<sup>150</sup> Patrix, Johanne-Margrethe: *Gerhard Armauer Hansen. Leprabasillens oppdager*, 1997

<sup>151</sup> Koppang, Nils B.: *Elektrokardiografiske undersøkelser av difteripasienter*, 1920, s. 143

<sup>152</sup> *Ibid.*

Når Koppang utførte målinger på sine 66 pasienter, er det verken dem eller deres prognoser han er opptatt av, men hvorvidt apparatet fungerer som det skal. Pasientene blir slik sett kun et egnet materiale, hvilket også understrekes i innledningen:

” (...) og jeg benytter anledningen til at bringe denne avdelings overlæge hr.dr.med. Yngvar Ustvedt min uforbeholdne tak for den beredvillighet *hvormed klientelet blev stillet til min disposition (...)*”<sup>153</sup>

Pasientene blir undersøkt; man avdekker sågar uregelmessigheter, men uten at det får innvirkning på behandlingen av pasientene. I dette tilfellet kom ikke pasientene til skade, men den omsorg som etter våre dagers standarder ville vært påkrevet, er i koppangeksempellet fraværende.

Et annet eksempel på at helsetjenesten som sådan ikke nødvendigvis kan sies å være et klart tegn på kulturmenneskets overlegenhet eller evne til å mestre ubehaget på denne tiden, er at effekten av de sosiale ordningene som ble opprettet ikke var som forventet. Da humanismen ble etablert som et rådende tankesett, ble det også opprettet både fattighus og fri helsetjeneste til de ubemidlede.<sup>154</sup> Folket så imidlertid at sykehuset var et sted der folk døde, og man fryktet å ende livet i en anatomisal. Frykten var ikke ubegrunnet: Med den generelle utforskertrang som preget medisinerne, kom en økt selvtillit på fagets vegne. Snart ble alle slags endringer, fra pubertet til klimatiske endringer, sett på som risiko som muligens kunne føre til medisinsk inngripen.<sup>155</sup>

Også bedriftshelsetjenestens innsats og arbeidet for å bedre produksjonsmidlene slik beskrevet over, hadde flere motiver enn å gjøre hverdagen enklere og helsen bedre for arbeiderne. Ovenfor ble Schiøtz' jevnlig undersøkelse av arbeiderne omtalt som eksempel på at arbeiderne ble ivaretatt. Men selv om arbeiderne kunne tjene på dette, var bakgrunnen for tiltaket fabrikkieier John Throne Holsts ønske om å bedre arbeidernes produksjonsevne.<sup>156</sup> Eierne var opptatt av at lønnsomheten i fabrikkene

---

<sup>153</sup> Ibid. s. 2–3 (min uth.)

<sup>154</sup> Nilsson, Ingemar; Peterson, Hans-Inge: *Medicinens idéhistoria*, 1998

<sup>155</sup> Rosenberg, Charles; Golden, Janet (red.): *Framing Disease: Studies in Cultural History*, 1992

<sup>156</sup> Seip, Anne-Lise, 1994, s. 115

skulle opprettholdes, og det var da en forutsetning at de tilsatte arbeidet så effektivt som mulig.

Dette kunne oppnås ved å ha en frisk og produktiv arbeidsstokk, hvilket kunne være en motivasjon for helsetiltak og å legge arbeidet til rette for de ansatte. Mange steder ble tiltak iverksatt nettopp for å styrke arbeidernes vilkår, for slik å oppnå bedre produktivitet. Slike eksempler var gunstige for begge parter, der både produksjonen og arbeidernes kår ble bedret. Men som i tilfellet med tannhelse mener jeg at tilbudene ikke nødvendigvis var entydige for den enkeltes ve og vel, og derfor ikke kunne representere den overbygning kulturmennesket behøvde. Til dét ville den være for ustabil, og motivene uklare.

Det siste er også et eksempel på at helsetiltak ikke nødvendigvis må være til individets beste, og at det ikke er gitt at det kun står humanistiske verdier bak.

Det samme kan sies å gjelde tannhelsetjenesten som referert til over. Det var to målsettinger med undersøkelsen: å få midler til allmenn tannhelsetjeneste og avdekke de faktiske forhold. Nå var det ikke bare individets interesser som sto i sentrum hva tannhelse angikk; det ble også argumentert med de konsekvensene tannverk kunne føre til for landets forsvar. At soldater hadde blitt kampudyktige på grunn av tannverk, hadde vært et problem i de væpnede styrkene.<sup>157</sup> Særlig det siste eksempelet er tegn på at helseforebyggende arbeid var ansett som et viktig samfunnsøkonomisk tiltak, og noe mer enn god helse for helsens egen skyld. Det kom den enkelte til gode, men i et perspektiv der kulturmennesket trenger den overbygningen som tidligere er omtalt, vil et foretak der hensikten er uklar være for svak.

#### **Likevel ikke tilstrekkelig for ubehaget**

I et overordnet perspektiv kan vi si at eksemplene ovenfor demonstrerer kulturmenneskets overlegenhet og avstandtaka fra naturmennesket, ved at de faktisk hever seg over både naturens makt og på sikt kroppens skrøpelighet. På et overordnet nivå viser mennesket sin intellektuelle overlegenhet og seier over naturen.

---

<sup>157</sup> Sollund, Arne, s. 54–55

Men for å være et middel mot ubehaget, må det også angå den enkelte. Det må by på forutsigbarhet og bli en del folkets bevissthet. I eksempelet med helsetjenesten vil den ikke oppfylle dette kravet. Som sådan kan den ha gode intensjoner, men fordi den ikke nødvendigvis har den enkeltes interesser i sentrum, vil den heller ikke lindre den enkeltes ubehag. Den kan gjerne komme individet til gode på sikt, men i første rekke er det ikke gitt at det er individet som står i sentrum.

Det har vært to grunnleggende elementer ved de helsetiltak drøftet til nå som har gjort at de ikke har oppfylt kravene til å være et lindrende middel. For det første har ikke individet stått i sentrum generelt sett – for det andre har det ikke angått hele befolkningen. Slik blir det ikke et kollektiv og fellesskap – snarere blir det en oppdeling av folket der det ikke er noen felles overbygning mellom de to gruppene.

Jeg vil videre drøfte hvorvidt en presis og avgrenset *del* av et slikt system kan ha en slik effekt i å lindre ubehaget – og som både har individets interesser i sentrum og angår hele befolkningen.

### **3. Kan *deler* av helsetjenesten lindre ubehaget? Tiltak mot presumptivt friske**

Så lenge helsetjenesten har som formål å redde liv og å sørge for god helse i befolkningen, kunne man tenke seg at den også ville kunne ha en positiv funksjon i forhold til å lindre ubehaget kulturmennesket erfarer. Jeg har nå vist at det ikke behøver å være slik.

I det følgende vil jeg undersøke en spesifikk praksis av helsetjenesten som faktisk oppfyller kravene om både å bli utført i individets interesse og etablere et fellesskap. Eksempelet er en praksis som ivaretar hver enkelt, også de friske: undersøkelser av symptomfrie mennesker for mulig og potensiell sykdom – presymptomatisk diagnostikk.

### **Mange ulike undersøkelser av friske**

For å være sikker på at hele befolkningen skal ha muligheten til å ivaretas av helsetjenesten, må den inkludere alle – også de friske. Det finnes ulike praksiser innenfor helsetjenesten som retter seg mot presumptivt friske mennesker. Dette kan være forebyggende helsetiltak som vaksinasjoner og generelle helsekontroller, eller kliniske undersøkelser med formål å finne konkrete behandlingsbehov på et tidlig tidspunkt, for eksempel gynekologiske undersøkelser for livmorhalskreft eller mammografiundersøkelser for brystkreft. (Se definisjon i kap. 1.2.)

Det særskilte med disse undersøkelsene og det som gjør dem relevante i denne sammenhengen, er at de blir tilbudt hele populasjonen, også de friske. I motsetning til de andre tilbudene helsetjenesten har, er det ikke noen krav til å delta annet enn en bestemt alder eller kjønn. Denne kan også gis avvik fra ved særskilt bekymring, slik at det ikke er noen terskel for å bli ivaretatt.

Det som gjør at undersøkelser av symptomfrie muligens kan ha en funksjon i å lindre ubehaget, er at det direkte berører de to kildene til ubehaget – naturens overmakt som besørger sykdom, og som igjen understreker kroppens skrøpelighet.

Det er imidlertid flere typer helsemessige undersøkelser av presumptivt friske, og ikke alle kan fylle en slik funksjon. Jeg skal illustrere dette gjennom to ulike helsetiltak for symptomfrie mennesker: helsekontroll og helseundersøkelser. Begge tar sikte på å gjøre funn som avviker fra normalen, men vil på ulik måte ha innvirkning på kulturmenneskets ubehag.

### **Undersøkelse som ikke lindrer: helsekontroll**

Helsekontroll kan utføres enkeltvis eller som masseundersøkelse, slik det ble gjort rede for i kapittel 1.2, der hensikten i de fleste tilfellene vil være å bekrefte normalitet eller å kartlegge helsetilstanden i en befolkningsgruppe.

Men flere karakteristika ved denne typen helseforebyggende praksis gjør at den vanskelig vil kunne ha en slik funksjon i å lindre ubehaget. For det første oppfyller den ikke kravet til å være fellesskapsbyggende, det som skal få den enkelte til å føle seg som en del av noe større, hvilket jeg mente var et absolutt krav. Undersøkelsene

er ofte rutinemessige, og fordi hensikten kun er å *registrere* gitte opplysninger, eksempelvis brystvidde og lengde, er det lite grunnlag for å etablere en kollektivfølelse. Kollektivfølelsen ville eventuelt begrense seg til å være samlet i et til formålet oppmålt (vente-) rom, til samme type undersøkelse, men den vil ikke være av en slik type som kunne gi en varig eller omfattende følelse av fellesskap og en definitiv overbygning.

Et annet element ved denne type undersøkelse er at ettersom det kun er registrering av det normale som er målsettingen, vil et avvikende utfall kunne understreke at man ikke er en del av fellesskapet. Kontrollresultater som avviker fra normalen, vil heller ikke kunne gi den fellesskapsfølelsen vi her er ute etter, med mindre man regner avvik fra majoriteten som et kriterium for fellesskapsfølelsen. I denne sammenhengen er det argumenter mot å vurdere tilhørighet til en mindre gruppe som et lindrende middel mot ubehaget, ettersom det vil være en skjør og uforutsigbar størrelse. Et eksempel på dette er syfilis, som jeg kommer tilbake til nedenfor.

Et tredje element er at denne type undersøkelse ikke nødvendigvis blir gjort av hensyn til den enkelte, slik jeg har hevdet er en forutsetning. Dette vil ikke nødvendigvis styrke den enkeltes tillit eller trygghet i forhold til helsetjenesten, den instansen som skal ivareta den enkelte. Deler av tuberkulosekampen er et eksempel på dette, og professor i historie ved Universitetet i Bergen, Ida Blom, skriver at det offentlige var sterkt engasjert i arbeidet da denne begynte. Det hadde det vært tidligere også, men det nye med det tuberkuloseforebyggende arbeidet var at man ønsket å gjøre folk friske. Det offentliges rolle i helsearbeidet tidligere hadde vært å beskytte de friske, men ikke i like stor grad å *gjøre* frisk. Dette gjaldt selvsagt særlig epidemier som pest og kolera.<sup>158</sup> Et annet motiv for å gjennomføre helsekontroller uten at det var pasienten som sto i sentrum, var forskning (se Koppangs kardiografiundersøkelse over). Hvis pasienten fikk nytte av det, var det en heldig tilleggsfunksjon.

En illustrasjon på hvordan helsetiltak ble utført der enkeltpersoner ble behandlet og ivare tatt, men som likevel ikke kunne lindre ubehaget selv om man tilsynelatende var

---

<sup>158</sup> Blom, Ida: *Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca 1940*, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 73-5/2002



del av et fellesskap, er *Marsrevyene*, en skolebarnundersøkelse som startet i Kristiania våren 1919.<sup>159</sup> Formålet var å utarbeide standarder for fysiologisk vekst og å anvende resultatene til praktiske hygieniske tiltak. Skolebarna ble veid og målt, og resultatene ble bearbeidet statistisk. Undersøkelsene var obligatoriske og startet ved skolestart. De ble kombinert med kliniske undersøkelser og subjektiv bedømmelse fra leger, lærere og sykepleiere. Etter hvert ble undersøkelsene utvidet med flere kontroller i løpet av skoletiden, noen obligatoriske, andre frivillige. Undersøkelsen kan sies å ha vært et velferdstiltak ettersom den tok sikte på å forbedre befolkningens helse<sup>160</sup>. Som middel til å dempe ubehaget hos den enkelte ville den imidlertid ikke være egnet, særlig fordi det ikke var den enkelte som sto i sentrum og som var primærmål for den konkrete undersøkelsen. Det ville heller ikke være grunn til noe fellesskap innad i gruppen av undersøkte, da man ønsket å finne generelle mål og ikke ivareta den enkelte eller den enkelte gruppe. Hensynet til den enkelte var heller ikke sentralt da utgangspunktet hadde vært et samfunnsmessig, overordnet hensyn.

Det vil dermed ikke være en god nok institusjon for å kunne etablere et slikt fellesskap og på sikt være en ordning som lindrer ubehaget i kraft av både å kunne ivareta den enkelte og skape fellesskap. Praksisen med helsekontroll vil med andre ord ikke kunne utgjøre den ønskede overbygningen.

Det var heller ikke uvanlig at motivasjonen for å iverksette slike undersøkelser kunne være fundert på både vitenskapelige, statistiske eller kommersielle hensyn, og de ville på grunn av dette verken ha en samlende effekt for befolkningen eller angå den enkelte. Et eksempel på dette er fra 1933, da man satte i gang en undersøkelse av barn med feilfrie tenner. Hensikten var ikke å behandle skadde tenner, men å skaffe seg oversikt over tannhelsen og å finne ut hvorfor de hadde friske tenner. I radioforedraget ”Lægevidenskabens samfundsopgaver” (publisert i boken *Lægevidenskab og samfund*) sier professor Carl Schiøtz om ”vårt lands store hygieniske skandale, tannelendigheten” at:

---

<sup>159</sup> Schiøtz, Aina, s. 251ff

<sup>160</sup> Ibid. s. 251

”(...) med hensyn til utbredningen av caries dentis, tannråte, huller i tennene, nyter vi den tvilsomme  ere   stå verst eller n asten verst blant kulturnasjonene. Nevnte undersökelse utföres under samarbeide med bestyreren av Oslo skoletannklinikker, dr Grythfeldt, som blandt førsteklasse-elevene ved Oslo folkeskoler i r har funnet frem de barn som har feilfri eller n asten feilfri tenner. Disse barn blir fotografert og unders okt ved hygienisk institutt og ern eringsforholdene gransket etter et detaljert skjema (...).”<sup>161</sup>

Dette viser at man har anstrengt seg for   gj ore unders okelser av barna, men det er tilsynelatende de med friske tenner som er de man skal konsentrere seg om. Unders okelsen er ikke til beste for det enkelte barn, men for utviklingen av en tannhelsetjeneste. Et godt motiv på makronivå, men i denne sammenhengen, og på spørsmål om en helsetjeneste som angikk også de friske kunne oppleve helsetjenesten som det lindrende middelet kulturmennesket har behov for, vil svaret være negativt.

Det som taler for at en slik helsetjeneste likevel kan ha den funksjonen vi er ute etter her, er at den angår hele populasjonen, den er styrt fra overordnet hold, og i mange tilfeller likevel er til beste for den enkelte. På tross av at den ikke dekker det fellesskapskravet jeg fremsatte, vil den likevel generere en viss grad av kollektivfølelse, ettersom alle er underlagt den samme institusjonen, alle tas vare på og alle har lik verdi. Tilsynelatende vil kildene til ubehaget lindres i at kroppens skrøpeligheit motarbeides gjennom   kontrollere naturen.

Jeg mener likevel at fordi man undersöker for normalitet, og unders okelsene har et preg av rutine og antatt lite engasjement, vil det ikke kunne lindre ubehaget gjennom   gi opplevelsen av trygghet og av   bli ivaretatt. I den grad kroppens skrøpeligheit berøres i denne sammenhengen, er det for   bekrefte dens skrøpeligheit, ikke   vise det motsatte. Naturens overmakt er også demonstrert, idet mennesket ikke makter   ta kontroll.

Den har også til felles med argumentene i forrige delkapittel at de består av flere instanser som kan gj ore det vanskelig   lokalisere det som skal være *overbygningen*.

---

<sup>161</sup> Schiøtz, Carl: ”L gevidenskapens samfunnsoppgaver” i Schiøtz, C.; Ingebrigtsen R.; Hanssen, O.; Hansen, K.; Fr lich, TH.: *L gevidenskap og samfund*, 1933, s. 14–15

At undersøkelene i mange tilfeller heller ikke setter den enkeltes interesser i sentrum, men samfunnet, er også et viktig poeng i vurderingen av hvorvidt denne type undersøkelser skal kunne ha en slik funksjon vi er ute etter. Jeg skal vise nedenfor at det er en annen type helsepraksis som, i motsetning til helsekontroll, kan kvalifisere til å ta denne rollen.

### **Helseundersøkelser kan lindre, men under gitte premisser**

Over hevdet jeg at en helsekontroll ikke ville være en tilstrekkelig praksis for å oppnå den trygghet og forutsigbarhet kulturmennesket hadde behov for, verken om kontrollen pågikk som enkeltundersøkelse eller masseundersøkelse. Dette fordi det dreide seg om undersøkelser som skulle måle normalitet.

Jeg har hevdet at hvis undersøkelser av befolkningen generelt skal gi en følelse av trygghet og samhold og slik lindre ubehaget, forutsetter det at helsesituasjonen det undersøkes for, er et stort samfunnsproblem og en konkret helsetrussel. På denne måten kan et fellesskap bli lagt; da er det en aktiv situasjon, en risiko flere står overfor og kan samles om. Selve undersøkelsen må også bidra til å lindre ubehaget, ved å være av en type som gir følelsen av å bli tatt vare på, og å beskytte.

For å kunne danne et fellesskap som omtalt her vil helseundersøkelse – motsetning til en helsekontroll – kunne dekke fellesskapskravet, men da i form av masseundersøkelser. Denne undersøkelsen angår hele populasjonen, både friske og syke. Den skal ivareta kroppen, og fordi kroppen er en del av naturen, ville også denne bli lagt under kontroll.

Jeg vil imidlertid sette flere krav enn kun at undersøkelsen skal gjelde flere og å finne sykdom. Sykdommens karakter og symbolverdi er også viktig for å oppfylle fellesskapskravet. Den bør være noe mer enn selve sykdommen på en slik måte at den er en del av den kollektive bevissthet, slik jeg viser i eksemplene nedenfor. Det gjør at man deler skjebne – på samme måte som at en av de viktigste sidene ved religionen har vært menigheten og fellesskapet, og som letter ubehaget fordi man unngår å være alene. På den måten vil en sideeffekt av undersøkelsen være at man blir en del av noe større, et hjørne av samfunnet, og blir noe mer enn seg selv.

Jeg skal gi to eksempler på sykdom som har en slik effekt, der undersøkelsesmåtene er de samme og forutsetningene for fellesskapet i teorien vil være de samme, men der utfallet kan være ulikt. Som eksempel skal jeg bruke tuberkulose og syfilis. De er begge sykdommer som rammet større populasjoner, var smittsomme på et presymptomatisk stadium og hadde en betydelig symbolverdi, og i tillegg ble undersøkt for presymptomatisk.

#### **a) En praksis som ikke lindrer: helseundersøkelser for syfilis**

Undersøkelser som jeg har nevnt her, kan altså ha en tilleggsfunksjon som styrker gruppen og virker lindrende på den enkeltes ubehag. Men både målgruppe og helsesituasjon er avgjørende for en slik effekt.

Et illustrerende eksempel på en helseforebyggende prosedyre som hadde stor betydning for å håndtere den sykdommen det er snakk om, er undersøkelser for syfilis av prostituerte ved forrige århundreskifte.

Syfilis var en sykdom som fra medisinsk hold ble prioritert, og det hersket et genuint ønske om å finne helbredende midler. I Tidsskrift for Den norske lægeforening kan vi lese at man ønsket mulighet til å stille syfilisdiagnosen på et så tidlig tidspunkt som mulig, primært for at behandlingen skulle få best prognoser. ”Her er den tidlige diagnose (...) et viktig hjelpemiddel av den største betydning for et gunstig resultat. Den tidlige diagnose er selvfølgelig også av den største betydning ved de syfilitiske hjerte- og karlidelser; jo før sykdommen erkjennes, desto større er utsiktene for et godt resultat av behandlingen.”<sup>162</sup> I parentes kan det legges til hva som i denne sammenhengen regnes som *tidlig*: ”Betingelsen for at dette skal lykkes er, at patienten kommer til behandling på et så tidlig tidspunkt som mulig, helst innen de 5 første uker etter infeksjonen.”<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> Bruusgaard, E.: ”Den tidlige behandling av syfilis” (i forkortet form holdt som foredrag ved Den norske lægeforenings 22. landsmøte i Oslo 1928), Tidsskrift for Den norske lægeforening, 265–275/1929

<sup>163</sup> Ibid.

Men sykdommens symbolbetydning var ikke desto mindre sterk i negativ retning. Syfilis var ikke bare assosiert med dårlige leveforhold og fattigdom, men også lav moral og tvilsom karakter<sup>164/165</sup>

Den ga ikke nødvendigvis symptomer, og det ble derfor aktuelt å diagnostisere på et presymptomatisk stadium. For prostituerte var dette tvungne undersøkelser, og fordi den ga klare assosiasjoner til både fattigdom og umoral, kunne både undersøkelsen i seg selv og en diagnose være fatalt for den det gjaldt: Undersøkelsen kunne markere et stigma for den enkelte, selve diagnosen både yrkesforbud og plager.

Syfilis er mye brukt i litteraturen for å illustrere levekår, moral og plassering på den sosiale rangstigen. I romanen *Albertine* beskriver Christian Krogh den unge Albertine som lever med sin mor og den tuberkulosesyke broren i en trang og mørk leilighet, og brødfør seg og sin familie ved å sy. Da historien begynner, har Albertine sittet inne ved symaskinen i tre uker og fem dager. Hun kan ikke gå ut før hun får løst ut klærne sine fra pantelåneren. Albertines søster Oline lever på sin side i relativ luksus, og har alltid penger å låne bort eller å handle pent tøy for. Hun legger ikke skjul på at hun lever av prostitusjon. Dette ligger stadig som en mulighet for å overleve økonomisk, men Albertine overbeviser seg selv igjen og igjen om at hun heller går uten klær enn å leve som prostituert. Til slutt må Albertine kaste stoltheten til side, og ender på samme vis som sin søster.<sup>166</sup>

Overgangen fra å være respektabel til å befinne seg nederst på rangstigen blir illustrert ved at hun må la seg undersøke nettopp for syfilis. Dette var en obligatorisk underlivsundersøkelse som de prostituerte måtte gjennom, og dette kun basert på mistanke om hennes handlinger. Her passerer hun en terskel det ikke er mulig å reversere. I det øyeblikket hun setter seg i stolen, går hun fra å være en anstendig kvinne til å tilhøre den gruppen kvinner som befinner seg lavest på den sosiale rangstigen og som hun alltid har tatt avstand fra.

---

<sup>164</sup> Skogheim, Dag: *Sanatorieliv. Fra Tuberkulosens kulturhistorie*, 2001 s. 101

<sup>165</sup> Schiøtz, Aina, s. 144

<sup>166</sup> Krogh, Christian: *Albertine*, 1998 (1886)



*Albertine på kontroll for syfilis*

Dette er et eksempel på undersøkelser som ikke ble gjennomført med henblikk på deres egen helse, i alle fall ikke primært. Å være smittefri var en forutsetning for å kunne drive prostitusjon, og hovedhensikten var å beskytte mennene som benyttet seg av deres tjenester. For kvinnenes del førte undersøkelsene til stigmatisering og en understrekning av at man var en del av denne bestemte gruppen.

Undersøkelsen har altså to funksjoner. Dels var det en klinisk undersøkelse som brakte på det rene om vedkommende var frisk, dels spilte den en sosial og identitetsmessig rolle. For Albertine ble undersøkelsen som et overgangsritual der hun krysset grensen fra å være en respektabel kvinne til prostituert.

En parallell hentet fra vår samtid er hivviruset, som på tross av holdningsskapende arbeid i en årrekke fremdeles har stigma hengende ved seg. Hiv (humant immunsviktvirus) er et angrep på immunforsvaret som kan forårsake aids, men er

ingen sykdom i seg selv. Symptomer på aids gir seg til kjenne i form av infeksjoner og ulike typer (opportunistiske) sykdommer, der hivviruset kan være årsaken. Hiv i seg selv gir derfor ikke symptomer, og en hiv-undersøkelse vil som regel skje presymptomatisk på grunnlag av mistanke eller som rutineundersøkelse for eksempelvis blodgivere. På grunn av utvikling av medikamenter er levetiden for en hivpositiv betydelig lengre enn tidligere, og man kan leve et normalt liv.

Likevel viste en holdningsundersøkelse utført av FAFO i 2008 at én av tre ikke ville la en hivpositiv passe egne barn, halvparten av de spurte mente at arbeidsgiver skulle kunne endre arbeidsoppgavene til den hivsmittede, og én av fem rapporterte at de ville unngått nær kontakt (i undersøkelsen definert som sosial og kollegial omgang det vil være naturlig å ha med skolekamerater og kolleger) med en hivsmittet.<sup>167</sup>

Begge helsetilstandene, syfilis og hiv, symboliserer et negativt avvik også utover det kliniske og biomedisinske. De sprer frykt og uro i samfunnet, og forferdelse for dem som er berørt.

Eksempelet med syfilis viser hvordan en sykdom – og undersøkelsen den krever – kan virke som et kollektiv, og representere noe felles, men uten at det nødvendigvis lindrer ubehaget. Sykdommen i seg selv viser at kulturmennesket kommer til kort overfor ubehagets kilder; naturen har overtaket i at kroppen angripes.

Hva hiv angår, vil det også kunne skapes et fellesskap de smittede imellom. Men også her i kraft av å være en utstøtt gruppe. Med sykdommens karakteristikum både som sykdom og det stigma den representerer, vil den heller enn å skape et fellesskap understreke at ubehagets kilder ikke er håndtert.

Eksempelene viser at hvis helsetiltak rettet mot bestemte sykdommer eller helseplager skal kunne ha en tilleggsfunksjon i å lette ubehaget, er sykdommenes symbolverdi av stor betydning.

---

<sup>167</sup> Mandal, Roland; Nuland, Bjørn Richard; Grønningsæter, Arne Backer: "Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv", Fafo-rapport 2008:21. Se også Mandal, Roland; Nuland, Bjørn Richard; Grønningsæter, Arne Backer; Haug, Hilde: "Living with HIV in Norway – 2009", Fafo-rapport 2009:43

### **b) Eksempel på en undersøkelse som lindrer ubehaget: tuberkulose**

En sykdom som i motsetning til syfilis og hiv kunne ha en tilleggsfunksjon i å styrke samholdet i befolkningen og gjennom dette bidra til å lindre ubehaget kulturmennesket levde i, var tuberkulosen – også dette gjennom sin symbolbetydning.

Så snart tuberkulosens smittefare ble brakt på det rene, var dette en av de sykdommene det ble igangsatt intervensjon mot før symptomene ga seg til kjenne. Som beskrevet i kapittel 1.5 kunne bæreren av tuberkelbasillen være symptomfri, velfungerende og tilsynelatende frisk på alle måter en lang periode før sykdommen brøt ut – om den i det hele tatt ga symptomer. Men det var også i denne perioden han var mest smittsom, hvilket gjorde så å si alle til potensielle smittebærere.

Det var særlig to måter å angripe sykdommen på: holdningsendring hva hygiene angikk, og faktiske undersøkelser av befolkningen. Eksempel på det første var å lokalisere og henvende seg til de ulike risikogrupperne. Vanen med spyting inne og ute – på gulv og gater – var en potensiell smitekilde og en utbredt praksis. Når man skulle opplyse om smittefaren og oppfordre til å avstå fra vanen, henvendte man seg dermed til menn, som var den gruppen det angikk. Renslighet i hjemmet var viktig for å holde smitten unna, og i forebyggende arbeid i denne sammenheng var det kvinner som var målgruppen. Blom forteller at skolekjøkken og husmorskoler ble viktige arenaer for å bedre husstellet, og dermed helsen for hele familien.<sup>168</sup>

En annen måte å angripe dette på var å undersøke befolkningen, også symptomfrie mennesker. Dette måtte nødvendigvis føre til at en stor mengde faktisk friske mennesker til enhver tid var brukere av helsetjenesten. I tillegg var risikogrupperne mange og store, og arbeidet med å diagnostisere ble gjort mot hele populasjonen.

Omfattende masseundersøkelser med henblikk på å bedre befolkningens helse ble derfor iverksatt med tuberkulosen. Også denne undersøkelsen hadde et formål som vi så var typisk for tidens helsetiltak, nemlig å få oversikt over befolkningens helse. Men den viktigste motivasjonen var å hindre smittespredning.

---

<sup>168</sup> Blom, Ida: *Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca 1940*, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 73–5/2002



Det finnes naturligvis motforestillinger. At dette skulle ha de kvalitetene det krevdes for å kunne være den illusjonen som lindret ubehaget, kan imøtegås med to viktige argumenter. For det første var tuberkulosen en sykdom som i utgangspunktet ble assosiert med de fattige, og for det andre medførte den frykt og stigma. Slik sett hadde sykdommen i utgangspunktet det samme negative stigmaet som syfilis.

Når tuberkulosen ble et tegn på fattigdom, skyldes det at den – selv om den rammet alle – hadde særlig gode spredningsvilkår blant fattige.<sup>169</sup> Dette hang sammen med sykdommens gode livsvilkår i områder der det var knapphet på mat og varmt tøy, og der hygienen var dårlig. Dette støttes av tallene Kristiania Sundhedskommissjon fant, nemlig at dødeligheten av lungetuberkulose i perioden 1901–1910 var 3,5 ganger så høy på Grønland i Oslo øst som på Frogner i Oslo vest.<sup>170/171</sup> På den måten kunne den gi noe av det stampelet syfilis ga de prostituerte, både som sykdom og som undersøkelse.

Det ble også bekreftet da Theodor Frølich, ernæringsekspert og skolelege i Kristiania, i 1912–15 satte i gang en omfattende undersøkelse av 3000 barn. Han kunne påvise positiv tuberkulinprøve hos 80 prosent av elevene ved skolestart, 85 prosent ved niårsalderen og 90 prosent ved skolestart hos arbeiderklassebarn.<sup>172</sup> Sykdommen ble nå satt i sammenheng med trangboddhet, dårlig ernæring og hygiene, og tiltak ble satt i gang mot denne gruppen. Den nye kunnskapen brakte på det rene at det var behov for tiltak utover å oppspore og uskadeliggjøre smittekildene, og å søke å forbedre innbyggernes motstandskraft, blant annet ved å bedre hygienens.<sup>173</sup> At sykdommen særlig rammet de fattige, kunne ha bidratt til at sykdommen til en viss grad ble assosiert med elendige levekår og fattigdom – i det hele tatt kampen for å overleve.

---

<sup>169</sup> Blom, Ida: "Bilder og budskap – tæring og tuberkulose". I Elvebakken, Kari Tove og Solvang, Per (red): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*, 2002 s. 19–27

<sup>170</sup> Tidsskrift for Den norske lægeforening, 898/2003, "Tuberkulose før og nu" (usignert).

<sup>171</sup> "Dødelighet av lungetuberkulose var på 0,81 pr 1000 i vestkantstrøket Frogner mot 2,89 i Grønland på østkanten."

<sup>172</sup> Schiøtz, Aina, s. 248

<sup>173</sup> Ibid. s. 148–51

Den tyske Kristian Kneipp, prest og pavelig kammerherre, skriver i 1900 boken *Mit testament til Sunde og Syge* om tæring (tuberkulose) og hva som er særlige risikomomenter man bør unngå:

”Aarsagerne til Tæring kan være meget forskjellige. De kan gaa i Arv; de vandrede fra Slægt til Slægt, og Mange bringer derfor Anlæggene til Tæring med sig til Verden. Tager man ikke hensyn til disse Anlæg, udvikler Sygdommen sig efterhaanden og gjør tidlig Ende paa Livet. Ofre for disse Sygdomme bliver sædvanlig de, som er veke og forkjælde, har lidet og daarlig Blod, navnlig naar de er komme til Verden som allerede svækkede Naturer og heller ikke har levet paa den rene Kost. Om disse Ulykkelige heder det som tidligere anført: Som Ageren saa Næperne. (...) Aarsag til Tæring kan ogsaa den Kost blive, som indeholder forlidet af Næringstoffs, og ved hvilken kun mangelfuld Bloddannelse kan foregaa. Hos disse blodfattige er ofte en Smaating, f. Eks Katarrh, Feber o.s.v. nok til at medføre Tæring.”<sup>174</sup>

Fordi det især var de ubemidlede som var utsatt for sykdommen, de som levde tett på hverandre og ikke hadde tilgang på tilstrekkelig næringsrik mat, ble tuberkulosen mer enn bare et helseproblem: Den ble et symbol på fattigdom og armod.

Tidligere nevnte jeg Christian Kroghs *Albertine* som et eksempel på hvordan en helseundersøkelse kunne ha en sideeffekt ved å kunne bidra til stigmatisering. Som illustrasjon på Albertines overgang fra anstendighet til det motsatte blir undersøkelsen for syfilis benyttet som symbolsk ritual. Den samme romanen bruker et annet sykdomsbilde for å skildre levekårene hun kommer fra. Skildringen av den mørke lille stuen som Albertine, hennes mor og lillebror Edward bor i, er karakteristisk for de omgivelser tuberkulosen har blitt assosiert med. Her ligger den tuberkuløse Edward i en mørk krok og hoster, og ingen tror han vil overleve til 17. mai:

”Han hostet igjen – han hadde begynt å småhoste slik i ett vekk på det siste nå – de blå linjene i tinningen kunne enda tydeligere sees, og det banket uavlatelig i årene på halsen; det var liksom han var blitt mye mindre enn før, og slik at en kunne se tvers igjennom ham. Skuldrene bøyde seg fremover, og det var liksom han hadde fått tæring i klærne.”<sup>175</sup>

---

<sup>174</sup> Kneipp, Kristian: *Mit testament til Sunde og Syge*, 1900 (2. opplag), s. 347

<sup>175</sup> Krogh, Christian: *Albertine*, 1998 (1886)

Det kan se ut til at tuberkulosen i kraft av sin symbolverdi og faktiske trussel mot den enkeltes liv og helse ville ha like liten mulighet som syfilis til å ha noen effekt på ubehaget.

Men selv om sykdommen lenge ble assosiert med fattigdom og armod, var det bare en del av sannheten. Dag Skogheim er en av dem som opplevde tuberkulosen på nært hold. Gjennom flere bøker har han skildret tuberkulosens rolle som enkeltskjebne, som del av kulturen og betydning for historien.<sup>176</sup> I boken *Sanatorieliv* forteller han om hvordan tuberkulosen rammet alle, fra alle samfunnslag og grupper: "(...) tæringen skilte aldri mellom godt trente idrettsutøvere og mennesker med svak konstitusjon."<sup>177</sup> Hans egen historie utspilte seg i perioden 1943–54, og vi ser med tydelighet at selv om sykdommen tallmessig var på vei tilbake, var den fremdeles sentral i kulturen og befolkningens liv, og på den måten også en del av kulturen og befolkningens mentalitet.

Tuberkulosen var en del av befolkningens felles bevissthet, og da på godt og vondt. Kollektivet besto i at alle forholdt seg til sykdommen, men på ulikt vis. Skogheim bevitner dette når han forteller om de fordommer som hersket omkring de tuberkuløse – eller tidligere tuberkuløse:

”Vi tuberkuløse måtte utvikle en slags *skjermingsstrategi* der vi vurderte og beregnet alle muligheter for å unngå ”avsløring,” vi måtte kunne stille oss slik at ingen forsto at de hadde med en tidligere tæringssyk å gjøre. Så sent som i 1951 ble en kjenning av meg oppsagt med øyeblikkelig virkning fra sin hybel i Oslo da vertskapet ble kjent med at deres hybelboer hadde hatt tuberkulose. Det var ingen verdens ting å gjøre med det. Skulle han klage? Til hvem?”<sup>178</sup>

Vi ser også at målgruppen for opplysning omkring sykdommen og tiltak for å hindre eller begrense smitten var befolkningen i sin alminnelighet.<sup>179</sup> Slik ser vi at

---

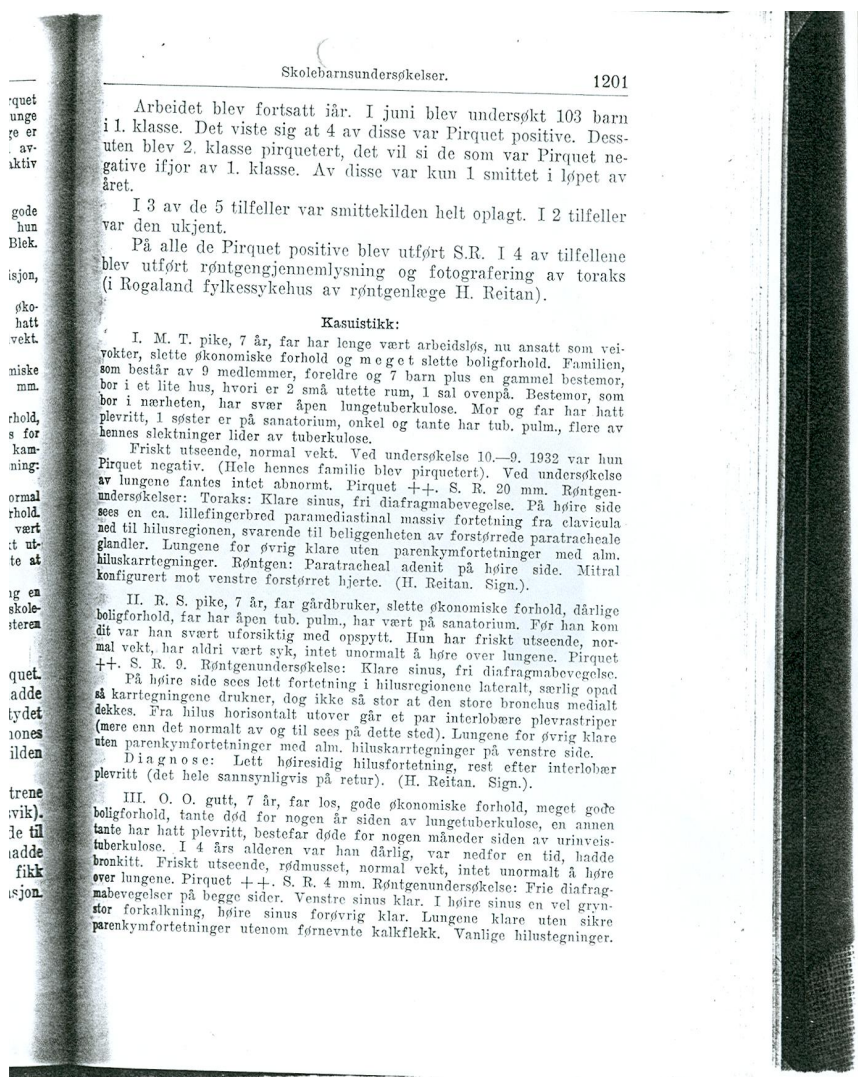
<sup>176</sup> Se blant annet Dag Skogheims *Sanatorieliv. Fra Tuberkulosens kulturhistorie* (2001), *Tæring, en selvbiografi* (1988) og *Tæring, historien om en folkesykdom* (1990).

<sup>177</sup> Skogheim, Dag, 2001, s. 25

<sup>178</sup> Ibid. s. 181

<sup>179</sup> Blom, Ida: *Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca. 1940*, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 73–5/2002

sykdommen faktisk ikke rammet kun de fattige, men alle samfunnslag. Og en illustrasjon på dette er en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening, der de ulike pasientens bakgrunn gjengis.<sup>180</sup>



<sup>180</sup> Ill.: Tidsskriftet 1933 s. 1201, "Skolebarnundersøkelser som ledd i tuberkulosearbeidet", av K Gilje

Som de to siste sitatene viser, var det barn fra hver sin ytterlighet av den sosiale rangstige som ble rammet, og de fikk den samme behandlingen.

Tuberkulosen hadde også en symbolverdi som var bredere enn fattigdomsstempelet alene. Sykdommen illustrerte også de sarte, kunstneriske sjeler, og de bemidlede. Sykdom ble her oppfattet som uttrykk for følsomhet, for åndelig og kulturell tyngde. Idealet kunne være det bleke, svake og følsomme.<sup>181</sup> Men også overklassens kår ble skildret gjennom tuberkulosen, og igjen kan et eksempel fra skjønnlitteraturen illustrere dette. På samme tid som tuberkulosen illustrerer elendigheten i Albertines hjem, fyller Thomas Manns unge Hans Castorp, den nyutdannede ingeniøren, sine (friske) lunger med frisk fjellluft.<sup>182</sup> Han er på besøk hos sin tuberkuløse fetter Joachim Ziemssen, som befinner seg oppe i fjellene på det vakkert beliggende sanatoriet Berghof, der de tuberkuløse lar seg behandle. De *velstående* tuberkuløse, vel å merke. Her er frisk luft, skjønne omgivelser og utmerket mat. Så avslappende og godt for rekonvalesensen er stedet at Hans Castorp blir værende i syv år.

Nå er omgivelsene Thomas Mann etablerer, sanatoriet, riktignok bare kulisser for en dannelsesreise der det er Castorps personlige modning som er tema. Hans prosjekt har ikke nødvendigvis vært å skildre levekår, sosiale forutsetninger og politiske forhold, men heller et enkelt menneskes forsøksvise vandring gjennom sitt eget liv. Det er likevel ikke tilfeldig at det nettopp er et tuberkulosesanatorium Castorp befinner seg på under denne reisen. Tuberkulosen rammet fattige, og en gruppe som var utsatt, var kunstnerne. Dette bidro til at sykdommen også ble assosiert med det åndfulle og følsomme, noe som ga en passende kontekst for Castorps åndelige reise. Han ser sykdommen som et vendepunkt i livet og noe som har gitt ham ny identitet.<sup>183</sup>

Eksempelet illustrerer hvordan dette at tuberkulosen var en sykdom som preget tiden generelt, hadde en sterk symbolbetydning. Viktigst var kan hende at det var en sykdom som slik også kunne rammet alle. Som Schiøtz skriver: "Uten hensyn til kjønn, alder eller sosial rang hadde den sveipt over landet med ubarmhjertig styrke.

---

<sup>181</sup> Hofmann, Bjørn: "Sykdom som dannelse – en studie av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 3569–72/2003

<sup>182</sup> Mann, Thomas: *Trollfjellet*, 2002.

<sup>183</sup> Hofmann, Bjørn, 2003

Den hadde rakt med seg landets beste arbeidskraft, de yngste håpefulle hoder, og den hadde vært likegyldig til om ofrene tilhørte det ene eller det andre sosiale lag.”<sup>184</sup>

Eksempelen med Hans Casper illustrerer imidlertid også en annen side ved tuberkulosen, nemlig at også de friske på et vis var rammet. Han var frisk da han kom til sanatoriet, men blir likevel undersøkt. Dette er et eksempel på at også de symptomfrie og reelt sett friske ble rammet: Alle – om man var syk eller ikke var berørt, var i risikogruppen, uavhengig av sosial klasse. Enten var man selv faktisk syk, potensiell smittebærer eller utsatt for å bli rammet.

Og nettopp dette gir tuberkulosen – både som sykdom, men særlig som helsetrussel – et mulig utgangspunkt for å være et lindrende middel mot ubehaget. Alle hadde en viss risiko for å bli smittet, og dermed ble også hele befolkningen ivaretatt av helsetjenesten.

Helsetiltakene som ble iverksatt, gikk slik også ut mot hele befolkningen, og det var viktig å nå ut til alle kanter av landet. I 1942 ble bussprosjektet iverksatt. Fire busser med røntgenutstyr ble brukt til systematisk å reise omkring i landet for å fotografere flest mulig ved hjelp av den nye skjermbildeteknikken.<sup>185</sup> Dette arbeidet var påbegynt av Norsk folkehjelp før krigen (med legene Arne Bruusgaard og Otto Galtung Hansen i spissen), overtatt av NS-medlem og stadsfysikus i Harstad, Sophus Brockmann. Når tyskerne iherdig støttet opp om tuberkulosebekjempelsen, var det to viktige begrunnelser for det: frykten for at tyske soldater skulle bli smittet, og at man ville skjermes det ”verdifulle” norske folk.<sup>186</sup>

Organiserte masseundersøkelser ble obligatorisk for alle. I § 1 i Lov om tuberkuloseundersøkelse ved skjærbilledfotografering heter det: ”Enhver som har fylt 15 år plikter, når det offentlige forlanger det, å la seg tuberkuloseundersøke ved skjærbilledfotografering.”<sup>187/188</sup>

---

<sup>184</sup> Schiøtz, Aina, s. 67

<sup>185</sup> Et annet tiltak kan også nevnes: ”Etter tuberkuloseloven og rundskriv av 23. mars 1942 skal alle tuberkulinpositive individer i en syks eller omslagers miljø røntgenundersøkes.” Tidsskrift for Den norske lægeforening 280/1943.

<sup>186</sup> Schiøtz, Aina, s. 280

<sup>187</sup> Lov av 30. april 1942 om tuberkuloseundersøkelse ved skjærbilledfotografering.

Når sykdommen på denne måten angikk hele befolkningen, kunne bekjempelsen av den ta form som et felles prosjekt som snarere styrket kollektivet enn svekket det.

Jeg mener på bakgrunn av dette å kunne si at både hiv, syfilis og tuberkulose har – og hadde – viktige symbolverdier som kunne hatt en funksjon når kulturmenneskets ubehag skulle lindres. Men det var heller tuberkulosen og kulturen den etablerte snarere enn hiv og syfilis som ga potensial for å danne en overbygning som kunne lindre ubehaget i kulturen. Det ble en faktor befolkningen kunne samle seg om. Selv om også denne – som syfilis – var en sykdom som truet liv og dermed hadde et klart negativt fortegn, mener jeg likevel det kunne ha en lindrende funksjon fordi det gjaldt alle lag, og det var kjernen i en kulturutvikling. Når det gjaldt samtlige, var det ikke bare smittefaren det var snakk om, men også de konkrete bidrag til å stanse smitten. Det ble et felles anliggende, man bekjempet en felles fiende, hvilket skapte en felles plattform og berørte hele samfunnet og hele befolkningen.

#### **4. Ubehaget lindres, men dempes – eller avledes – det?**

Jeg har argumentert for at den delen av helsetjenesten hvis oppgave er å identifisere sykdom eller helsemessige uregelmessigheter hos presumptivt friske mennesker kan ha en funksjon som et lindrende middel på det ubehaget kulturmennesket erfarer. Det var to måter å lindre ubehaget på, enten ved å avlede fra det på bekostning av integritet og dømmekraft, eller ved å dempe det. Jeg viste at noen former for tidlig diagnostikk eller undersøkelser av symptomfrie ikke ville ha noen betydning for ubehaget, i verste fall kunne det styrkes. Når det gjaldt tuberkulosen, derimot, kunne den ha en betydning for ubehaget. Men hvilken type lindrende middel tuberkulosen som institusjon kunne være, er ikke gitt. Nedenfor skal dette drøftes.

#### **Tuberkulosen og konseptet omkring den dempet ubehaget**

Det er argumenter for at tuberkulosen og den kulturen den bidro til å forme, lindret ubehaget i form av å dempe det, ikke å avlede fra det. Det innebærer at denne måten å lindre ubehaget på kan sies å være en ekvivalent til de lindrende midlene som bygget

---

<sup>188</sup> “Statens rekkeundersøkelser ved hjelp av skjermbilledfotografering” omtales i Rundskriv fra Innenriksdepartementets helseavdeling 6. mai 1942. (Fra Gogstad, Anders Chr.: *Helse og hakekors. Helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge 1940–45*, 1991, s. 243)

på psykoanalytiske prinsipper. Ubehaget ble lindret, det ble ikke borte og man ble ikke lykkelig, men man beholdt sin rasjonalitet og dømmekraft.

Konklusjonen bygges særlig på måten sykdommen manifesterte seg på i kulturen, som noe mer enn en tilstand av klinisk sykdom. For tuberkulosen var langt mer enn en sykdom; den var et helt konsept. Den la grunnlaget for en mentalitet, og for endringer i folks oppførsel og vaner. Gjennom store kampanjer og opplysningsvirksomhet fikk den folk til å endre adferd, for eksempel ved å bedre hygienene, og den etablerte seg samtidig som en fellesnevner alle ble samlet om. Dens kraft som samlende element for befolkningen viser også den politiske og kulturelle betydningen den har hatt. For i tillegg til at hele folket var involvert i tuberkulosebekjempelsen, var det denne smittsomme sykdommen som hadde vært katalysator for mye av den helsepolitikken som var blitt gjennomført. Man hadde blitt tvunget til å ta grep om en alvorlig helsetrussel, hadde fått innarbeidet vaner og rutiner, og det var skapt en bevissthet omkring helse, sykdom og forebygging.

I tillegg bidro den til utvikling av viktige deler av det norske samfunn og kultur i sin alminnelighet, både på makro- og mikronivå. På et overordnet nivå så man utvikling og endringer både politisk og praktisk, og i befolkningen et økt kunnskapsnivå omkring helse. Den var en institusjonsbygger som etablerte og endret helseadministrasjonen, den førte til lovgivning, utbygging av behandlingstilbud og kuranstalter, etablering av både badeanlegg og idrettsanlegg.<sup>189</sup> Den var generator for arkitektur og bygningsmasse, nettopp i at store behandlingstilbud ble bygget og etablert. Tuberkulosen var også en viktig katalysator for etablering av offentlige og private hjelpeorganisasjoner, og av helsestasjoner. Folkeopplysning og forebyggende helsearbeid ble satt i system, forskning ble mobilisert og utdannelser aktivisert (sykepleierne, helsesøstrene). I tillegg ble det produsert kurs, filmer, lysbilder, brosjyrer, samt at beretninger fra dem som ble rammet, ble skrevet ned og delt med alle.<sup>190</sup> Slik ser vi eksempel på at en helsemessig utfordring kan ha forutsetninger for å legge premisser for utvikling av samfunnet og kulturen både på mikro- og makronivå.

---

<sup>189</sup> Schiøtz, Aina, s. 65, 217, 237

<sup>190</sup> Ibid. s. 208–209 (se også s. 217 vedrørende tuberkulosens betydning for utviklingen av folkeopplysningen)



Dette viser hvordan en sykdom kan manifesteres i samfunnet som mer enn en helseplage, et isolert medisinsk tilfelle eller en medisinsk trussel, idet den også kan være en institusjon med innflytelse på mange sider av kulturen og samfunnet. For at et politisk system som velferdsstaten skal kunne ha en rolle i å lindre ubehaget, måtte det berøre hver enkelt. Nettopp dette var det folkehelsearbeidet mot tuberkulosen gjorde.

Tuberkulosen og kulturen omkring den var også et eksempel på at man hadde seiret over naturen. Sykdommen var slik ikke bare en drapsmaskin, men også en viktig aktør i byggingen av en klart humanistisk basert helsetjeneste, etableringen av tradisjoner for frivillig arbeid og organisasjonsliv og en fremtidig velferdsstat. Fordi den representerte en hel kultur, vil tuberkulosen og apparatet omkring den fremstå som et helt konsept som berørte og preget en hel kultur, og mulig også et tankesett og en måte å tilnærme seg verden på. Dermed berørte den hele befolkningen, de friske i like stor grad som de syke.

Jeg mener derfor at en form for helsetjeneste som tidlig diagnostikk kan være et lindrende middel for ubehaget, men det kommer an på hvilken sykdom som står i sentrum og hvilken rolle den har i kulturen. Tuberkulosen var ikke utgangspunkt kun for å lindre ubehaget, men det ville være et lindrende middel på samme måte som de psykoanalytiske prinsippene var ment som. Som helhetlig institusjon bidro tuberkulosen til å lindre ubehaget i kulturen, men uten at man ble henledet til en illusjon og avledet fra virkeligheten. Det sentrale ved tuberkulosen som kunne gjøre den til et grunnlag for å ha en slik funksjon, var at den var smittsom og slik angikk hver enkelt i populasjonen.

På spørsmål om tidlig diagnostikk kan være et helsetilbud som kan lindre ubehaget, blir svaret positivt. Forutsetningen er imidlertid at sykdommen det undersøkes for, har en egnet status og rolle i samfunnet, og at den angår alle – i dette tilfellet ved å være smittsom slik som tuberkulosen var.

## **Kapittel 5 Oppsummering**

Jeg har tatt utgangspunkt i at det å være et kulturmenneske innebærer å leve med et konstant ubehag, slik Sigmund Freud hevdet. Jeg har fulgt hans forutsetninger med at for å holde ut ubehaget må det lindres. Jeg har deretter skilt ut to ulike måter å lindre ubehaget på, der den ene kategorien avleder oss fra ubehaget og lar oss leve mer komfortabelt, men på bekostning av vår evne til å opptre rasjonelt og med integritet. Dette er hvordan Freud karakteriserte religionen og kritiserte den på grunnlag av. Den andre måten å lindre ubehaget på er å dempe det. Her lindres ubehaget ved at man har en rasjonell tilnærming til livet og tilværelsen slik at man tenker og lever rasjonelt, og man har en analytisk innfallsvinkel til ubehaget. Ved å forstå det skal det lindres. Det vil si at ubehaget ikke blir borte, men blir til å leve med fordi man vet hvorfor. Utgangspunktet for dette er en felles tenkemåte Freud omtalte som psykoanalytisk tenkning, her definert som de psykoanalytiske prinsippene.

Som empirisk grunnlag for drøftingene tok jeg utgangspunkt i utviklingen av den tidlige velferdsstaten som begynte å bli etablert for alvor i 1930-årene. Jeg la til grunn det ubehaget som tidligere er nevnt, og drøftet om dette kunne lindres av det velferdssystemet som vokste frem.

Velferdsstaten som den overbygningen kulturmennesket kunne ha behov for, var imidlertid ugunstig, og jeg presenterte to argumenter for dette. For det første var velferdsstaten et politisk prosjekt der eksistens, form og innhold var bestemt av den til enhver tid sittende politiske ledelse. For det andre var velferdsstaten riktignok på trappene, men ikke en så etablert del av kulturen som jeg mente ville være nødvendig.

En utvalgt del av velferdsstaten, derimot, mente jeg det var argumenter for å hevde at kunne ha en slik funksjon, nemlig *helsetjenesten*. Den kunne ha potensial til å lindre ubehaget, både ved å bekrefte menneskets tilhørighet til – og mestring av – kulturen og håndtering av ubehagets utgangspunkt: vissheten om kroppens skrøpelighet og naturens overmakt.

Problemet med helsetjenesten som sådan var likevel at den fremdeles ikke var kun til individets beste, men en overordnet ordening. Slik sett bekreftet den på mange måter

kulturmenneskets seier i å ha etablert et sivilisert samfunn, men for den enkelte ville den ikke være tilstrekkelig for å kunne lindre ubehaget. For det første minnet den om menneskets svakheter og kunne slik være en trussel for den enkelte. For det andre, og enda viktigere, var dens hensikt ikke nødvendigvis å sikre den enkeltes interesser.

Jeg konkluderte med at helsetjenesten som system kunne lindre ubehaget, men da for kulturmennesket generelt, og ikke for individet. Hvis det skulle være deler av helsetjenesten som kunne ha potensial til å lindre ubehaget, konkluderte jeg med at det da måtte være et tilbud som angikk den enkelte – syk som frisk – samtidig som man tilhørte en gruppe. Dette fant jeg ved å gå ned til den enkelte sykdomssituasjon og se hvordan den ble behandlet, hvordan den var en del av samfunnet, den sosiale infrastrukturen og den enkeltes liv. Eksempelet jeg benyttet meg av, var tuberkulosen og de tiltak som ble iverksatt i bekjempelsen av den.

Dette var en såkalt folkesykdom og angikk alle. Det var særlig angrepsmåten jeg mente gjorde den egnet til å dekke behovet for å lindre ubehaget, nemlig å undersøke friske og symptomfrie mennesker. Slik ble alle ivaretatt, og man viste både den humanistiske siden av kulturmennesket og avstand til naturmennesket. Man viste også at man mestret både kroppen og naturen.

Ved å bruke eksempler med syfilis og hiv viste jeg at det ikke bare var det å ivareta friske, og dermed potensielt hele populasjonen, som skulle til for å lindre ubehaget. Sykdommens karakter var også viktig.

Jeg konkluderte da med at en sykdom kunne være et utgangspunkt for å lindre ubehaget, forutsatt at det var noe som samlet befolkningen og som også ivaretok den presumptivt friske delen av populasjonen. Det måtte være noe mer enn selve sykdommen, som i tilfellet med tuberkulose, som utgjorde en hel institusjon i samfunnet.

Men selv om den hadde et slikt potensial, var det ikke gitt hvilken type lindrende middel den ville være. Den kunne være et lindrende middel av typen som skygget for kulturmenneskets dømmekraft og integritet, slik religionen hadde gjort, og på den

måten lindre ubehaget ved å avlede fra det. Alternativt kunne det kun dempe ubehaget, slik psykoanalysen gjorde.

Fordi tuberkulosearbeidet var en del av et større prosjekt – bygging av velferdsstat og et sivilisert, humanistisk samfunn – mente jeg det var grunn til å argumentere for at den ville lindre ubehaget på samme vis som Freud beskrev at psykoanalysen ville gjøre. Ubegaget ville dempes, man ville ikke bli lykkelig, men ville heller ikke forsvinne inn i en illusjon. Slik ville ubegaget bli mindre dominerende, men uten at det gikk på bekostning av integritet, erkjennelsesevne eller vurderingsevne.

### **Neste del**

I de neste kapitlene skal jeg drøfte situasjonen som oppstår når sykdomsbildet endrer seg og det fremste karaktertrekket som gjør sykdommen til en kultur og et lindrende middel – smittefaren – endrer seg.

Jeg vil først, i kapittel 6, vise hvordan det nye sykdomsbildet med de ikke-smittsomme sykdommene overtar og tar plass i befolkningen og kulturen. I kapittel 7 og 8 skal jeg vise hvordan det nye sykdomsbildet og angrepsmåten kan fungere som en overbygning, og hvordan dette, på tross av at smittefaren ikke lenger er der, kan ha potensial til å lindre ubegaget kulturmennesket erfarer.

Nå vil det ikke lenger være den bestemte sykdommens karaktertrekk og kulturen som følger med den som er sentralt når ubegaget lindres, slik det var med tuberkulose. På grunn av den nye sykdommens karakteristika vil det nå være den enkelte helsetjeneste og måte å angripe sykdommen på som vil ha funksjon som et samlende punkt og det som kan danne utgangspunkt for å lindre kulturmenneskets ubegag. Men også her vil utenforliggende elementer, indirekte knyttet til sykdommen, ha betydning.

# Del IV

*Sykdomsbildet endrer seg: betydning for kulturmennesket*



## **Kapittel 6 Tuberkulosen går tilbake, nytt sykdomsbilde tar form**

### **1. Felles frykt lindret ubehaget – men så gikk trusselen tilbake**

I forrige kapittel viste jeg hvordan en sykdom kan danne en institusjon som kan fylle rollen som kulturmenneskets overbygning, og som igjen kan lindre ubehaget. Det karakteristisk ved sykdommen som gjorde dette mulig, var at den ved å være smittsom også angikk og involverte alle. Dermed kunne den være utgangspunkt for et felles prosjekt der kulturmennesket fikk demonstrert og øvet sin rolle som kulturmenneske. Sykdommen kunne også ses på som at naturen viste sin styrke ved å ramme kulturmennesket med dødelig sykdom, kroppen viste sin svakhet ved å gi etter. Men ved å håndtere sykdommen kunne man vise at man likevel hadde kontroll over de to kildene til ubehag. Kroppens skrøpeligheit ble styrket og naturen, som ga sykdom, ble kontrollert. Som understreket tidligere var ikke målsettingen å bli lykkelig, men å holde ut ubehaget.

Men når sykdommen gikk tilbake, ble også fundamentet for det som hadde lindret ubehaget svekket. Der det kanskje fremste karakteristisk ved tuberkulosen i forbindelse med å lindre ubehaget var smittefaren, var det nye sykdomspanoramaets særtrekk nettopp at det ikke var smittsomt. Det som hadde tvunget frem en overbygning ved tuberkulosefaren, var nå ikke lenger der. Dermed angikk det ikke lenger alle, og en eventuell mestring av naturen og kroppen gjennom sykdomsbekjempelse ville ikke demonstrere et fellesskap.

I det følgende vil jeg beskrive selve overgangen fra ett sykdomspanorama til et annet, og deretter vise hvordan forutsetningene for å lindre ubehaget gjennom helseforebyggende arbeid ble endret, men fremdeles gjorde det mulig.

#### **Tuberkulosen på tilbakegang**

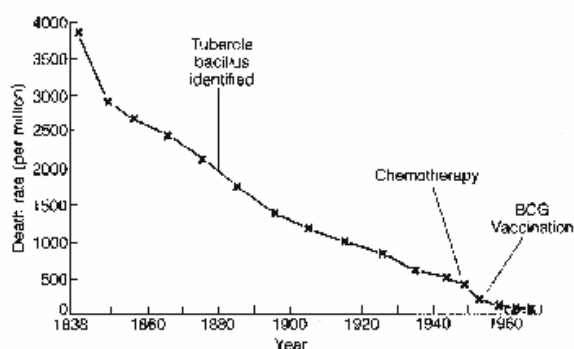
Tuberkulosen hadde vært en folkesykdom så å si alle hadde hatt et forhold til. De fleste var rammet direkte eller indirekte av selve sykdommen, og som jeg viste i forrige kapittel, var tuberkulosen også mer enn en sykdom. I 1930-årene hadde den hadde ikke bare hatt status som den dødelige sykdommen alle nye lidelser ble målt

mot, det var også den sykdommen som hadde satt standard for menneskers ulykke. Den hadde rammet vilkårlig, og vært likegyldig til om ofrene tilhørte det ene eller det andre sosiale lag.<sup>191</sup>

Jeg hevdet at sykdommen og kulturen omkring den bidro til å lindre ubehaget kulturmennesket erfarte av særlig to grunner. Den angikk hele befolkningen ved at den var smittsom, slik at hele befolkningen hadde et forhold til den. I tillegg preget den tilværelsen konkret, ved eksempelvis å være utgangspunkt for en rekke praktiske og politiske tiltak. Når den kunne lindre ubehaget ved at alle kunne samle seg om den, var det ikke bare i kraft av å være en felles fiende. Den var noe alle hadde et forhold til generelt sett.

Men selv om sykdommen faktisk kunne ha en slik rolle at den virkelig preget samfunnet og kulturen slik jeg har basert resonnementet på, var den faktisk på tilbakegang, og ville på lengre sikt ikke kunne beholde denne funksjonen.

For tuberkulosen hadde vært på tilbakegang allerede fra før århundreskiftet. I statistisk årbok for 1910 kommer tendensen tydelig frem; i 1907 var tallet på dødsfall 4656,<sup>192</sup> og tyve år senere – i 1927 – er det sunket til 3489.<sup>193</sup>



Grafisk fremstilling av dødsraten fra 1838 – 1960 i London og Wales. Vi ser at på det tidspunktet BCG-vaksinen ble innført hadde tuberkulosen vært på tilbakegang i lang tid allerede.<sup>194</sup>

<sup>191</sup> Schiøtz, Aina, s. 67

<sup>192</sup> Nå har man begynt å ta med tuberkulose også utenfor lungene, men jeg tar her utgangspunkt i lungetuberkulose, ettersom dette er det eneste sammenlikningsgrunnlaget vi har.

<sup>193</sup> Statistisk årbok årgang 1910, 1930

<sup>194</sup> McKeown, Thomas: *The Origins of Human Disease*, 1988, s. 79



Nedgangen i dødelighetstallene for tuberkulose gjaldt ikke bare i Norge, tendensen var den samme i Europa. Fra Tyskland meldes det at fra 1912 til 1930 hadde dødstallene for tuberkulose gått ned fra 100 000 til 50 000.<sup>195</sup>

Typisk for denne sykdommen er at selv om sykdommen reelt sett er på vei tilbake, har den fremdeles en sterk stilling i folket og samfunnet. Dette skyldtes særlig at sykdommen fremdeles var en trussel, og at dens tilstedeværelse i samfunnet var sterk.

For når man her rapporterer om fall i dødsraten, betyr ikke det at tuberkulosen var utryddet. Snarere regnet man at nær sagt hele befolkningen var smittet av basillen, en situasjon som var gjeldende i lang tid:

”All den stund praktisk talt alle mennesker i våre dager infiseres aerogent med tuberkulose (...) kan det i en viss forstand sies at alle mennesker en gang i sitt liv gjennomgår en lungetuberkulose.”<sup>196</sup>

Men da man kunne være bærer av tuberkelbasillen uten at det ga seg utslag i symptomer, utgjorde de høye smittetallene ikke nødvendigvis noen betydelig helsetrussel. Allerede på 30-tallet ble det hevdet at smitterisikoen knapt var av betydning lenger. Indremedisiner Hans Jacob Ustvedt skriver:

”Om den tuberkuløse infeksjons prognose vet vi at den i de fleste tilfellene er god. Det er bare en brøkdel av de smittede som senere dør av en tuberkuløs sykdom, flertallet overvinner infeksjonen.”<sup>197</sup>

Paradoksalt nok viste det seg også at det var denne gruppen – de som testet positivt på tuberkulinprøvene – som hadde de beste prognosene for å holde seg friske. I en undersøkelse ble sykepleierelever fra Ullevaal sykehus fulgt gjennom deres tre praksisår, og man konkluderte med at etter endt tjeneste var samtlige av de opprinnelig negative blitt infisert. Men hva angikk sykdomsutbrudd fant man at det

---

<sup>195</sup>Lønne: ”Virksom kreftbekjempelse”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 863–4/1934. (Notisen finnes under vignetten ”Oversikter, referater og praktiske notiser” og er hentet fra *Münch. med. Woch.* nr. 40, 1933.)

<sup>196</sup>Tørning, Kjeld: *Tuberkulosen og samfundet*, 1945, s. 42

<sup>197</sup>Ustvedt, Hans Jacob: *Lungetuberkulosen og dens behandling*, 1938, s. 41

var betydelig flere tilfeller blant de nylig smittede enn dem som hadde båret smitten over tid.<sup>198</sup>

Ustvedt tar forbehold om at disse undersøkelsene har pågått i for kort tid til å kunne trekke sikre konklusjoner, men syv år senere, i 1945, kommer det i Danmark en liten bok kalt "Tuberkulosen og samfundet", skrevet av overlege Kjeld Tørning ved Øresundshospitalet. Her støttes Ustvedts funn, nemlig at de fleste innbyggere vil smittes av tuberkelbasillen, men kun et lite mindretall blir syke.<sup>199</sup>

"Hvis et ungt, voksent Menneske i sit Arbejde udsættes for Tuberkulosesmitte, saa er Risikoen for at faa tuberkuløs Sygdom langt større for den, som paa Forhaand er usmittet, end for den tidligere smittede, men raske."<sup>200</sup>

Dette forklares med at hvis man på et tidspunkt har blitt smittet, men aldri fått symptomer, har man oppnådd en immunitet. De nysmittede vil således komme i den situasjon de allerede smittede var i den gang de ble påført smitte.

### **Årsaker til nedgang**

Hva årsaken til nedgangen av tuberkulosetilfeller angikk, var det delte meninger om denne, og Tørning presenterer flere mulige forklaringer. Mange, skriver han, forklarer nedgangen med at tuberkulosebasillene kan være kraftige eller mindre kraftige, og at de som rammes av de mest aggressive, har større sjanse for å bli syke enn de som angripes av mindre "giftige Baciller".<sup>201</sup> Tørning avviser ikke teorien, men understreker at man ikke kan være sikker på dette. Om smitte i sin alminnelighet var også oppfatningen at man hadde større sjanser for å bli syk desto mer smitte man ble utsatt for. Dette avviser han ved å vise til sykehuspersonale der alle er smittet, slik beskrevet tidligere i kapittelet. Disse later ikke til å ha større risiko for å bli syke enn andre, på tross av at de omgir seg med tuberkuløse stadig. "Man behøver altsaa ikke være nogen Helt, for at tjene sit Brød mellem tuberkuløse."<sup>202</sup>

---

<sup>198</sup> Ibid. s. 48–49

<sup>199</sup> Tørning, Kjeld, 1945, s. 30

<sup>200</sup> Ibid. s. 36

<sup>201</sup> Op cit. s. 31

<sup>202</sup> Ibid. s. 32

I 1952 er et helt kapittel i *Familieboka. Verket om virkelighetens eventyr* viet dette. Tuberkulose anses ikke lenger som en håpløs sykdom, og man kan se det hele på avstand i tid. Nedgangen ble forklart slik:

”Årsaken til nedgang (...) har vært flere, men det er uenighet mellom fagfolk om hva som har vært viktigst. Blant våre tuberkuloseeksperter er det noen som legger hovedvekten på den bedre ernæring, mens andre mener sanatoriebehandlingen, isoleringen av smitekilden og opplæringen av de syke til forsiktighet spiller en stor rolle. De bedre boligforhold har også en viss betydning, likeledes alminnelig renslighet og personlig hygiene. Blant sykepleiersker har vaksinebehandling hatt en viss beskyttende virkning. Den kirurgiske behandling av smittsomme tuberkulose har også uten tvil bidratt til å innskrenke smitemulighetene.”<sup>203</sup>

Ett moment var at sykdommen trolig hadde en evne til å ødelegge seg selv, og med bedre kosthold og boforhold ble folk i bedre stand til å stå imot sykdommer. En annen grunn til lavere tall var, som nevnt over, at mange ikke utviklet sykdommen selv om de var smittet. Smittemåten ble også nevnt som av betydning, altså hvorvidt smitten ble påført gjennom svelg, tarm eller lunger.

Det forekom med andre ord flere forklaringer på risikofaktorer når man spør om hvordan noen ble syke og andre ikke. Men den avgjørt viktigste årsaken var, ifølge blant andre Brochmann, smitekampen. Forebyggende arbeid var av de mest tungtveiende tiltakene for at utviklingen bremses: Sanatoriene ble flere, slik at smittefarlige personer ble uskadeliggjort og behandlet.<sup>204</sup> Samtidig bidro bedre ernæring og hygienemessige forhold til bedre helse og større motstandskraft. Vaksineprogrammene bidro til den samme utviklingen. Konkrete og tilsynelatende mindre tiltak som hadde stor betydning, var arbeid for å bedre de hygieniske forholdene i hjemmene for slik å forhindre smitte. Å låne ut spyttbakker til familiene, sengetøy og tepper er eksempler på slike tiltak.<sup>205</sup> Opplysningskampanjer var også viktig, idet mange ikke var klar over smittepotensialet hos den enkelte.

---

<sup>203</sup> Christensen, Chr. A. R.; Lid, Jon: *Familieboka. Verket om virkelighetens eventyr, bd. VIII (2. Utg)*, 1952, s. 279–280

<sup>204</sup> Carstens, Svein; Grankvist, Rolf. *St. Olavs hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*, 2002 s. 137

<sup>205</sup> Schiøtz, Aina, s. 210

Vi kan konkludere med at det folkehelsearbeidet som var gjort og de tiltak som var iverksatt mot tuberkulosen, hadde vært vellykket.

### **Sykdommens status endres**

I 1942 blir det argumentert for at tuberkulose ikke lenger bør regnes som en kronisk sykdom, men som en akutt infeksjonssykdom. Dette på bakgrunn av det som tidligere er nevnt, nemlig at de som hadde hatt tuberkulosesmitten i seg over lang tid kunne regnes som immune, og der sykdommen slo til, ville det skje umiddelbart:

”Det er ikke lenger noen grunn til å holde tuberkulosen i en særstilling. Vi bør betrakte den som en ganske alminnelig infeksjonssykdom som har en tendens til å gå over i et kronisk stadium.”<sup>206</sup>

Et annet element var at det å være smittet ikke var det samme som å bli syk.

Dette kan forklare at antallet smittede fremdeles var høyt, men tallene ikke representative for dødeligheten. I 1945 skriver Tørning om at det på det nærmeste var mer alminnelig å være smittet enn det motsatte, men at det ikke nødvendigvis utgjorde noen helserisiko:

”En positiv Tuberkulinprøve siger kun, at vedkommende er smittet med Tuberkelbaciller, ikke at han er syg av Tuberkulose. Det store Flertal af Befolkningen her i Landet bliver før eller senere smittede og altsaa tuberkulinpositive, men kun et lite Mindretal faar tuberkuløse Sygdomme.”<sup>207</sup>

Faktisk, skrev Tørning, kunne det være en fordel å være bærer av basillen, så lenge det ikke gjorde utslag. Og nettopp slik fungerte tuberkulosevaksinen; den påførte den enkelte moderate mengder tuberkulosebasiller, slik at man skulle opparbeide seg immunitet.

---

<sup>206</sup> Brochmann, S. W.: ”Om årsakene til tuberkulosens tilbakegang”, Tidsskrift for Norges lægeforbund, 394–400/1942

<sup>207</sup> Tørning, Kjeld, 1945, s. 30 (Eksempel er hentet fra Danmark, men gjaldt også i Norge).

### **Fremdeles en institusjon i samfunnet**

Når det er mulig å hevde at tuberkulosen, på tross av at den var på tilbakegang, var en del av samfunnet og bevisstheten til befolkningen, er det blant annet fordi den i befolkningen likevel var et aktivt tema. Som med kreft i dag kunne man ha diagnosen uten å vite om det ville gi symptomer. Så lenge smittefaren var til stede, ville det være et samfunnsproblem:

”Desværre er der ogsaa mange Patienter, som naaar de forlader Hospitalet i og for sig befinder sig udmærket, er delvis arbejdsdygtige, men stadig smittefarlige.”<sup>208</sup>

Selv om det er relativt få smittede som utvikler sykdommen, er antallet som dør eller invalidiseres likevel betydelig. ”Det er jo denne sørgelige Kendsgerning som gør Tuberkulosen til det store Samfundsproblem, den stadig er.”<sup>209</sup>

Det var derfor viktig at sykdommen fremdeles ble bekjempet selv om den var på vei tilbake. På femtitallet fryktet man at oppmerksomheten omkring tuberkulosen måtte vike plassen for andre lungesykdommer.<sup>210</sup> For selv om sykdomstallene gikk ned, var det ikke dermed sagt at den ikke kunne angripe igjen.<sup>211</sup> Dermed er sykdommen, på tross av at den er på vei tilbake og i noen sammenhenger endrer status, en del av folkehelsearbeidets prioriteringer, og fremdeles kan den ha mulighet til å lindre ubehaget.

---

<sup>208</sup> Ibid. s. 106

<sup>209</sup> Ibid. s. 31 ff

<sup>210</sup> Tidsskrift for Den norske lægeforening, ”Tuberkulose før og nu”, 123–898/2003 (ikke sign.)

<sup>211</sup> En parallell til dette i vår tid er hivforebyggende arbeid. I USA har man registrert en nedgang i dødsfall grunnet aids siden 1999, samtidig har antall smittede økt. En forklaring på dette er paradoksalt nok at det er kommet flere og mer effektive medisiner på markedet. Fordi de hivsmittede lever lenger, vil dette bidra til en økning i prosentandelen i seg selv, men antallet nysmittede får også en oppsving. På samme måte som med tuberkulose har man sett at oppmerksomheten omkring hiv og aids med tiden har blitt mindre både fra media, befolkningen generelt og premissleverandører fra eksempelvis politisk hold. Dette er naturligvis uheldig når tallene snur og går oppover igjen. (Gostin, Lawrence O.; ”HIV Screening in Health Care Settings. Public Health and Civil Liberties in Conflict?” JAMA, vol 296, nr 16, 2006 s 2023–2025 (reprinted).) Det samme har vært tilfellet i Norge; tilveksten av hiv- og aidstilfeller (blant menn som har sex med menn) øker kraftig, mens myndighetene ifølge kritikere prioriterer støtte til anti-hiv-arbeidet som om kampen var vunnet. (Rolf Angeltvedt, Bera Moseng: ”Den nye hiv-bølgen,” VG 13. januar 2007). Dette kan ses på som en parallell til tuberkulosen, og den samme holdningen og mekanismene omkring smittsomme sykdommer gjelder i dag som den gang. I dag er tuberkulose-smitten også på fremvekst i Norge, til dels fordi utbredelsen er større i land der innvandrere til Norge har sitt opphav, og til dels på grunn av en økende resistens mot antibiotika. For begge typer sykdommer gjelder at de er smittsomme og at det stadig registreres tilbakefall i tilfeller og dødstall. Som et element til å styrke fellesskapet, derimot, vil de to ikke kunne sammenliknes. Dette fordi sammenhengen vil være proporsjonal med den jeg viste tidligere da det gjaldt syfilis i kapittel 4.3.

Den ble slik oppfattet som en potensiell trussel, og det forebyggende arbeidet fortsatte i lang tid. De organiserte masseundersøkelsene for tuberkulose kom i gang på begynnelsen av 40-tallet, og rundt 1950 kom vaksine og medisiner mot tuberkulose i alminnelig bruk.<sup>212</sup> I mellomtiden var arbeidet for å forhindre ny oppblomstring av sykdommen høyt prioritert.

Særlig under annen verdenskrig var man oppmerksom på mulige utbrudd. Ettersom sykdommen hadde gode spredningsvilkår under kummerlige kår, hadde det vært fryktet at risiko og utbredelse ville øke i løpet av krigsårene, ettersom folks levekår trolig ville bli preget av krigen. I et rundskriv fra medisinaldirektøren var det blitt oppfordret til økt bruk av BCG-vaksine for å kompensere for den økte risikoen for tuberkulose som krigsutbruddet hadde ført med seg:

”Slik som forholdene for tida ligger an, er det grunn til å frykte for at sykkeligheten av tuberkulose i tida framover vil øke. Evakueringen i tida fra 9. april d.å. førte utvilsomt flere steder med seg øket utbredelse av tuberkuløs smitte, og en må rekne med at den alminnelige befolkningens motstandskraft mot tuberkulose vil avta på grunn av redusert levestandard og knapphet på levnetsmidler.”<sup>213</sup>

Offentlige leger ble henstilt om å øke bruken av BCG-vaksinasjon, spesielt for særlig utsatte grupper: personer i tuberkuløst miljø, skoleelever og personer i spesielle yrker, som for eksempel sjøfolk og fiskere. Det ble understreket at vaksinasjonen skulle være en frivillig sak, men som beskrevet over ble *bussprosjektet* iverksatt. Nå ble undersøkelsene obligatorisk for alle, og gjorde nok en gang at hele befolkningen ble involvert.

Snart ble motivasjonen bak tuberkulosebekjempelsen ikke lenger å redde befolkningen fra å dø, men å utrydde tuberkulosen. For selv om den ikke lenger var en drapsmaskin, var de fleste smittet, og det ble en målsetting å få bukt med sykdommen. Derfor ble det satt inn store ressurser på anti-tuberkulosearbeidet også i

---

<sup>212</sup> Bjune, Gunnar: ”Tuberkulose – en sosialpolitisk sjukdom”, i Larsen mfl.: *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, 2003, s. 188

<sup>213</sup> Rundskriv av 28. oktober 1940 fra Medisinaldirektøren. (Gjengitt i Tidsskrift for Det norske lægeforbund, s. 1037, 1940: ”Vaksinasjon med BCG”)

løpet av etterkrigsårene. Da BCG-vaksinen ble allment tilgjengelig i Norge, ble det iverksatt store vaksineprogram som alle skolebarn tok del i. I 1947 begynte man med massevaksinasjon av ungdom i alderen 14–25 år,<sup>214</sup> og med BCG-vaksinen og skjermbildefotograferingen (lov av 1947) kan vi si at tuberkulosebekjempelsen var blitt institusjonalisert og utgjorde en markant del av det offentlige helsetilbudet – og en stor del av tidens folkehelsearbeid.

Tuberkulosen skulle vise seg å bli et prioriteringsfelt for helsetjenesten i lang tid etter at den var å betrakte som en akutt helsetrussel, og er det fremdeles. Advarslene mot å ikke ta tuberkuloserisikoen på alvor har vært flere og mange, og de har fortsatt opp til vår tid. I 1975 advarer Ustvedt mot at ”tuberkulosen kan bli neglisjert i konkurranse med de øvrige lungesykdommer”.<sup>215</sup> Selv om andre sykdommer har erstattet tuberkulosen både i helsetjenesten og politikkenes prioriteringslister, er den fremdeles å regne som en helserisiko, og særlig blant hivsmittede og innvandrere er tilfellene økende.<sup>216</sup> Så sent som vinteren 2007 ble det utarbeidet en ny plan for det tuberkuloseforebyggende arbeidet. Så selv om BCG-vaksinen nå er tatt ut av vaksineprogrammet som jeg omtalte innledningsvis, er den fremdeles aktiv.

Likevel mistet sykdommen gradvis sin sentrale posisjon i kulturen allerede i løpet av mellomkrigstiden, og dermed også sitt grunnlag for være et felles prosjekt og noe å samles om. Den representerte ikke lenger det lindrende middelet som kunne få kulturmennesket til å holde ut ubehaget.

### **Generell nedgang av epidemier**

En innvending til at de lindrende midlene mot ubehaget ble så svekket med tuberkulosens tilbakegang, er at det ikke bare var tuberkulose som var en viktig helsetrussel. Det var flere andre sykdommer som bar smitteaspektet ved seg og slik kunne styrket kulturmennesket. Når dette ikke skjedde, kan det skyldes at det ikke bare var tuberkulosen som gikk tilbake ved århundreskiftet. Det hadde lenge vært en

---

<sup>214</sup> Tidsskrift for Den norske lægeforsening, ”Tuberkulose før og nu”, 123–898/2003 (usignert).

<sup>215</sup> Ibid.

<sup>216</sup> Bruun, J.N.: ”Noen sykdommer kommer tilbake”, Tidsskrift for Den norske legeforsening 2010; 130:2028–9 (nr. 20–21.oktober 2010)

generell nedgang i epidemier og de vanligste infeksjonssykdommene som også innebefattet blant annet kopper og spedalskhet. Direktør for Nasjonalt folkehelseinstitutt, Geir Stene-Larsen, skriver i artikkelen ”1880–2005 – fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser” at det særlig var fire forhold som førte til denne nedgangen: For det første fikk befolkningen høyere levestandard etter hvert som landet ble rikere. Med det fikk man også bedre boforhold, kloakkanlegg, rent vann og bedre kosthold, som til sammen gjorde befolkningen bedre rustet og smittekårene dårligere. For det andre gjorde tilgang på vaksiner befolkningen bedre rustet mot helsetrusselen. For det tredje ble medisinsk behandling tilgjengelig, som antibiotika og antimikrobielle midler. For det fjerde så man en betydelig intensivering av hygienearbeidet, der både alminnelig hygiene ble bedret og man satte i verk tiltak for å spore opp smittekilder.<sup>217</sup>

### **Hva skjer så? Nye utfordringer**

Spørsmålet som følger, blir hva som skjer for kulturmenneskets ubehag når infeksjonssykdommene går tilbake. For da er det ikke bare sykdommen som sådan som går tilbake – med den svekkes også grunnlaget for det som hadde lindret ubehaget: fellesskapet, den samlede bevisstheten omkring en felles trussel, institusjoner av ulikt slag som preget og gjennomsyret samfunnet og slik angikk hver enkelt. Tuberkulosen går ikke tilbake bare i tall og tilfeller, men også i kulturen og i folks bevissthet.

Ifølge Aina Schiøtz sto man igjen med et enormt apparat av aktører, vaner, rutiner, kunnskap og praksiser.<sup>218</sup> Men ikke minst: Gitt at tuberkulosen og alt den medførte virkelig hadde lindret ubehaget; hva skjer når den felles rammen, forsikringen, mulighet for forutsigbarhet, for felles kamp mot felles fiende og til å sette i gang tiltak mot den ukjente fare blir borte? For hvis dette virkelig hadde vært så avgjørende for å holde ubehaget på avstand, og for å håndtere posisjonen som kulturmenneske – hva skulle man støtte seg til da?

---

<sup>217</sup> Stene-Larsen, Geir: ”1880–2005 – fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 126: 38–43/2006

<sup>218</sup> Schiøtz, Aina, s. 237



I det følgende skal jeg undersøke hvilket sykdomspanorama som skulle overta og hvordan det ble etablert, for deretter å drøfte i hvilken grad en sykdom eller en helsetjeneste nå kunne bidra til å lindre ubehaget kulturmennesket var rammet av.

## 2. Nytt sykdomspanorama: Hva overtar tuberkulosens plass?

Når infeksjonssykdommene forsvant eller rammet sjeldnere, kom i stedet en ny gruppe sykdommer, nemlig ikke-infeksjonssykdommer som kreft, slag og hjerte/karsykdommer:

“And just as the threat of infectious diseases started to recede, so it was to be replaced by a different paradigm or preoccupation – the non-infectious diseases such as cancer, strokes and heart attacks.”<sup>219</sup>

Le Fanu viser her til dobbelt-opdagelsen i 1950 der man ble klar over at tuberkulosen kunne kureres og kreft forebygges. Dette, skriver han, er av grunnleggende betydning når det gjelder medisinenes prioriteringer. Fra å ha infeksjonssykdommer i sentrum ble det nå forebygging og behandling av ikke-infeksjonssykdommer som hjertesykdommer og kreft som sto sentralt.<sup>220</sup> Han kaller dette et paradigmeskifte fra infeksjonssykdom til livsstilssykdom, som gir helseplagene en annen forklaringsmodell: “(...) but rather than a bacterium being responsible, the culprit was people’s habits.”<sup>221</sup>

Men det var likevel ikke gitt hva som ville bli det sykdomsbildet som eventuelt kunne fylle plassen etter tuberkulosen som helsepolitisk prioriteringsfelt, symbol og mulig fellespunkt i den kollektive bevissthet.

Det var flere lidelser som rammet, og de sykdommene man så økte i utbredelse, var de samme som topper sykdoms- og dødelighetsstatistikken i dag: kreft og hjerte- og lungesykdommer. Men hvis nye helsetiltak skulle ha en slik effekt på ubehaget som tuberkulosen hadde hatt, den effekten at folket skulle samles, at tilværelsen ble til å holde ut, ville det ikke være likegyldig hva som ble det neste store prosjekt for

---

<sup>219</sup> Le Fanu, James: *The rise and fall of Modern Medicine*, 2001 (1999), s. 30

<sup>220</sup> Ibid. s. 55

<sup>221</sup> Ibid. s. 30

folkehelsearbeidet. Argumentene i debatten vitner om hvilken stilling den enkelte sykdom kunne få i samfunnet.

### **Mange kandidater**

Det later til at kreft var den sykdommen som ble stilt opp mot tuberkulosen allerede fra ganske tidlig av. I artikkelen fra det tyske magasinet *Münch. med. Woch.* settes dødstillene for tuberkulosen opp mot de samme tall for kreft. I perioden 1912–1930 var krefttallene i Tyskland steget fra 50 000 til 75 000. Man har altså ”(...) en synkning av tuberkulosefallene til det halve og en stigning av cancerfallene med omtrent 50 pct”.<sup>222</sup> Den samme tendensen finner vi i Norge. I Statistisk årboks første utgave, utgitt 1881, er det oppført 438 dødsfall grunnet kreft i 1869. Det var deretter en jevn stigning; i 1907 var tallet 2310, mens det tyve år senere ble rapportert om 3277 dødsfall.<sup>223</sup>

Vi ser altså at selv om tuberkulosen lenge var den sykdommen som tok flest liv og dødstillene var betydelig høyere enn for kreft, var tendensen klar: Tuberkulosen gikk langsomt tilbake, mens kreft økte i stort tempo. Og særlig etter 1930 registrerte man en markant økning.<sup>224</sup> Kreft passerer tuberkulose som den hyppigste dødsårsak, og diagnostikk hva kreft angår, var følgelig svært aktuelt på 30-tallet.<sup>225</sup>

Men tross kreftsykdommens hastige fremvekst var det ingen selvfølge at nettopp denne sykdommen skulle bli en prioritet for folkehelsearbeidet. Nedenfor skal jeg vise at det var stor uenighet om i hvilken grad kreft skulle prioriteres.

For det var ikke bare kreft som var truende. I 1930–35 oppgis influensa, lungebetennelse og bronkitt som de vanligste/hyppigste dødsårsaker. Også infeksjonssykdommer var truende, og selv om dødstillene for disse sykdommene er betydelig lavere enn for både kreft og tuberkulose, må de likevel regnes som høye i forhold til befolkningen. I oversikten over dødsårsaker<sup>226</sup> oppgis dødstillene forårsaket av disse sykdommene; 1525 for kvinner og 1300 for menn i perioden

---

<sup>222</sup> Lønne, 1934, s. 863–864

<sup>223</sup> Statistisk årbok, årgang hhv. 1880, 1890, 1910, 1930

<sup>224</sup> Usignert notis: ”En stigning uten sidestykke i dødeligheten av kreft”, under vignetten ”Blandede meddelelser” i Tidsskrift for Den norske lægeforening, 328/1933. Notisen er hentet fra *Socialt arbeid* nr. 9, 1932

<sup>225</sup> Schiøtz, Aina, s. 105

<sup>226</sup> Se SSB, tabell 4.7, 05

1931–1935. Også for barn var tendensen den samme. Foruten for tidlig fødsel var influensa den vanligste dødsårsaken hos barn i mellomkrigstiden. Vi ser en nedgang fra 1950, men inntil da har det vært den primære dødsårsaken.<sup>227</sup>

Sett bort fra dødstill og om man kun ser til sykdomstilfeller, er akutt bronkitt oppgitt som den viktigste epidemiske sykdommen behandlet av leger i samme periode (1931–1949). Dette er den absolutt mest utbredte sykdommen, før influensa. Her er insidensen jevn og relativt uforandret på et snitt på 57 349 tilfeller i året, med unntak av et kraftig fall i 1945.<sup>228</sup>

Også tilfellene av andre utbredte sykdommer som difteri, kikhoste og skarlagensfeber har i hovedsak sunket noe eller lå på det samme. Og ingen er lenger å sammenlikne med kreft – som har økt radikalt og raskt.

Statistisk sentralbyrås statistikk over dødsfall i perioden 1931–1990<sup>229</sup> viser at *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* har vært kraftig økende fra 1931 til våre dager, og endte på 60-tallet med å presentere det dobbelte dødstill som kreft.<sup>230</sup> I Statistisk årbok for 1940 oppgis diverse sykdommer i kretsløpsorganene, organisk hjertesykdom og apopleksi som de vanligste dødsårsaker foruten lungebetennelse. Tallene ligger mellom tuberkulose og kreft, og man kunne tenke seg at de således ville fått høy prioritet.<sup>231</sup>

Dødsfall grunnet sykdommer i sentralnervesystemet ligger også tett opp til krefttallene, både for kvinner og menn. Også her er tallene økende, men det later til at det var kreftsykdommene som ble trukket frem som den neste store folkehelseprioriteringen.

---

<sup>227</sup> SSB, tabell. 4.8. Kilde: NOS dødsårsaker. Gjelder barn under 1 år

<sup>228</sup> Statistisk årbok for Norge, 69. årgang 1950

<sup>229</sup> SSB, tabell 4.7. Kilde: NOS dødsårsaker

<sup>230</sup> Det må legges til at også i denne tabellen er tallene generelle, og sykdommene er ikke differensiert.

Sirkulasjonsorganene kunne dermed inneholde flere kategorier enn kreft. Jeg velger likevel å bruke tallene fordi man kan se en tydelig tendens.

<sup>231</sup> Statistisk årbok 1940

### **Kreft rykker frem**

Men debatten om sykdommens status hadde allerede gått i lang tid, blant annet i Tidsskrift for Den norske lægeforening. I en artikkel fra 1927 blir det argumentert imot at kreft skal få den samme status som tuberkulose og dermed ha krav på den allmenne interesse fra publikum som en sosial sykdom. Artikkelen trekker frem særlig to argumenter mot at kreft og tuberkulose skal sammenliknes, og dermed at kreftbekjempelsen skal få de samme økonomiske bevilgningene som tuberkulosebekjempelsen hadde blitt tilgodesett med: sykdommens omfang og hvilken del av populasjonen som ble rammet.

Noe av det som hadde gjort tuberkulosen til et så vidt omfattende helseproblem, var at sykdommen hadde rammet unge, fruktbare kvinner og folk i arbeidsfør alder. Dette sosiale aspektet var av stor betydning for i hvilken grad man skulle sette i gang tiltak. Og selv om dødstillene for kreft var stigende, behøvde ikke dette forsvare like store tiltak som tuberkulose eller at det fikk samme status. Man mente at risikogruppen for kreft var de som hadde passert arbeidsdyktig alder, og der det samfunnsøkonomisk dermed ikke ville være lønnsomt å prioritere kreftbekjempelse.

”Hvad den sociale betydning av cancersygdommen angaar, kan denne paa ingen maate sidestilles med tuberkulosen. Mens 70 à 80 pct. av tuberkulosedødsfaldene finder sted i ung alder (før 50 aarene), er dette for cancerens vedkommende ikke tilfælde i mer end 12 à 20 pct.

Canceren maa derfor socialt snarere sammenstilles med en række andre tilstander – kar- og hjertelidelser og bronkopneumonien f. eks., som ogsaa rammer væsentlig mennesker i ældre alder paa et tidspunkt da deres vigtigste indsats i det sociale liv er tilendebragt.”<sup>232</sup>

Sitatet viser at også samfunnsøkonomiske hensyn lå bak prioriteringen av hvilke helsetiltak man skulle iverksette, og ikke kun hensynet til den enkelte. I kapittel 3.3. viste jeg til at i den grad helsefremmende tiltak i fabrikkene ble iverksatt, var motivasjonen gjerne økt og stabil produksjon og dermed også fortjeneste. På samme verdimeslige grunnlag som at sykdomsforebygging eller tiltak for arbeidernes helse

<sup>232</sup> Arnould, E.: ”Tuberkulose og cancer”, (notis i Tidsskrift for Den norske lægeforening 852–853/1927, med referanse til Presse médicale, 26. februar 1927 )

den gang egentlig handlet om fabrikkens økonomi, konkluderte man nå med at en helsepolitisk satsning på en sykdom som primært rammet eldre mennesker, var uhensiktsmessig.

Det andre hovedargumentet var kreftsykdommens omfang. Ifølge artikkelen nevnt over var det ingen reell økning i krefttallene. Den tilsynelatende økningen kom av at tuberkulosedødsfallene var synkende.

Dessuten var det en annen vesentlig forskjell på de to sykdommene: Den ene var smittsom, den andre ikke. En hovedmotivasjon for anti-tuberkulosearbeidet hadde vært å forhindre smitte, og når kreft ikke hadde dette aspektet, ville konsekvensene på et samfunnmessig plan være forskjellige. For uansett hvor hissig kreftsykdommen måtte bli, ville den ikke ramme på samme måte som man hadde sett med tuberkulose.

Slik kan man heller ikke kalle kreft en epidemi på samme måte. Antall tilfeller økte, men ikke i samme omfang som tuberkulosen. Man ville ikke se hele familier utryddes, og den ville ikke medføre en så stor inngripen i samfunnet. Der kampen mot tuberkulose hadde vært et fellesskapsprosjekt der omtanken og solidariteten i befolkningen sto i sentrum, hadde kreft en helt annen symbolverdi og kunne aldri samle befolkningen på samme måte. Så der intervensjon i form av masseundersøkelser for tuberkulose var nødvendig for å beskytte samfunnet, må kreftbekjempelsen – fordi kreft ikke er smittsom – primært ha vært for individets beste.

### **Argumentene endrer seg**

Det skulle ikke gå mange år før oppfatningen av risikogruppens karakter endret seg. Argumentet mot at nettopp kreft skulle bli den sykdommen som skulle prioriteres så høyt, hadde vært at den rammet folk i høy alder. Men i et innlegg i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1931, bare fire år etter denne uttalelsen, argumenteres det for at arbeidet med kreftsykdommens bekjempelse skal prioriteres, og da nettopp fordi kreft faktisk rammer ”kvinner og menn i en alder hvor de ennå er i sin beste

arbeidskraft(...)",<sup>233</sup> og at den nettopp derfor spiller en like viktig rolle i samfunnsøkonomien som tuberkulosen.

Det samme gjaldt for argumentet med at kreftallenes økning kun var tilsynelatende, ettersom de ble stilt opp mot fallende tilfeller av tuberkulose. For når antallet krefttilfeller økte drastisk, kunne det faktisk forklares med at det var gjort flere funn. Dette understrekes av Hans Shurmann da han syv år senere bekrefter tendensen til at sykdommen er en trussel mot stadig yngre mennesker:

"Canceraldere synker. For få år siden så det ut til at den først begynte i femtiårsalderen. I dag er det tydelig at den forekommer temmelig ofte hos personer i firtårene, ja at den utsatte alder synker mot tretti. Antall cancertilfelle stiger – fordi aldersgrensen synker. En av grunnene til at cancer konstateres hos yngre personer, er dog lett å forklare: Bedring av de diagnostiske metoder. Men på den annen side er det åpenbart slik at sykdommen øker i omfang."<sup>234</sup>

Det blir altså kreft som i grad av oppmerksomhet vil kunne sammenliknes med tuberkulosen i det videre. Kreft og hjerte- og karsykdommer ligger tett på hverandre i hva man skal anse som folkesykdommer. I denne sammenhengen er likevel det viktigste at begge de to sykdommene som blir sentrale i det videre folkehelsearbeidet, er ikke-infeksjonssykdommer. De er altså ikke smittsomme, og dermed ikke direkte til fare for andre enn den enkelte. I denne sammenhengen vil kreft stå som eksempel og illustrere den nye situasjonen.

Kreft og ikke-infeksjonssykdommene blir de nye folkesykdommene. Jeg har vist at både sykdommen i seg selv, men også den symbolbetydning den har og hvilke ringvirkninger den får i kulturen for øvrig, er viktig for hvilken rolle den får for kulturmennesket. Men en sentral problemstilling var både at den nye folkesykdommen hadde en annen symbolbetydning, og at man ikke visste hvordan den skulle angripes. Dette skal drøftes nedenfor.

---

<sup>233</sup> Dahl, Bjarne (sign): "Arbeidet for cancerens bekjempelse i Frankrike", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 270/1931

<sup>234</sup> Schurmann, Hans: *Kirurgi. En reise i medisins verden*, 1959, s. 208

### 3. Kreft prioriteres, men hvordan skal den angripes?

Der det hadde vært kjent at diagnostikk i forkant av symptomer ga bedre prognoser når det gjaldt tuberkulose, var dette mer uklart hva kreft angikk. Definisjonen av "tidlig" vil være avgjørende for hvilken rolle sykdommen og tiltakene omkring den kan ha hatt for kulturmennesket. En presymptomatisk diagnostisering vil på samme måte som med tuberkulosen gjøre hele populasjonen utsatt, og vil kunne ha en slik samlende effekt som jeg viste med tuberkuloseundersøkelsene. Diagnostisering i etterkant av symptomene vil ikke virke på samme måten, fordi de symptomfrie og presumptivt friske ikke ville bli inkludert.

#### **Faglig debatt: Hvordan angripe den nye sykdommen – og hva er tidlig?**

Begrepet *tidlig* kan forstås til å være *før* symptomer gir seg til kjenne, eller umiddelbart *etter*. Det syntes lenge å råde en alminnelig oppfatning om at kreft ikke var en dødelig sykdom så lenge diagnosen ble satt i tide og man kom tidlig til behandling. Men hva man skulle anse som *tidlig*, var det ikke enighet om, heller ikke hva man skulle regne for *tidlig nok*. For tuberkulosens del var *tidlig* forstått som å være på et presymptomatisk stadium. Men når det gjaldt kreft, var det usikkerhet om nytten av tidlig diagnostikk, samt muligheten for å stille diagnose presymptomatisk i det hele tatt.

Tyske forskere mente at diagnostisering og behandling når symptomene allerede hadde vist seg, ville være for sent, og argumenterer for viktigheten av diagnostikk på et presymptomatisk stadium. I det tyske tidsskriftet *Münch. med. Woch.* ble det i 1933 presentert synspunkter for presymptomatisk diagnostikk for cervix uteri, livmorhalskreft, slik vi kjenner dem fra i dag:

"Cancer uteri er helbredelig når den kommer tidlig til behandling. De subjektive symptomer, uregelmessige blødninger, rødfarvet kjøttvannlignende utflod er i så henseende for sene symptomer. Det er feilaktig å bygge kreftbekjempelsen på disse symptomer, da man ofte ved dem allerede er kommet over i det inoperable stadium."<sup>235</sup>

---

<sup>235</sup> Lønne, 1934

På denne bakgrunn anbefales det å sette i gang jevnlig undersøkelser av symptomfrie innenfor den bestemte risikogruppen. Dette er et av de tidligste forslagene jeg har funnet på å igangsette masseundersøkelser for presymptomatisk lokalisering av kreft.

”Man må opgi tanken om å bygge kreftbekjempelsen på de subjektive symptomer og fordre at lægene optar kampen for å bringe de objektive symptomer på det rene: Det må fordres at hver kvinne fra sitt 30te år en gang årlig, nettopp mens hun ennå er frisk, blir undersøkt på kreft i kjønnsorganene.”<sup>236</sup>

I Tyskland ble dette ansett å være av så grunnleggende betydning for helbredelse at det ble foreslått lovfestet. Fra samme artikkel kan vi lese at ”(...) forsikrede (offentlig og privat) og de som tilhører forsorgsvesenet, er forpliktet til å la sine kvinnelige medlemmer en gang årlig undersøke”.

Også i Norge blir debatten reist, men her kommer man til andre konklusjoner. I 1936 blir Den norske lægeforenings kreftkomité på oppdrag fra Sosialdepartementet bedt om å utrede retningslinjer for kreftbekjempelse i Norge. Komiteen drøfter hva som er det gunstigste tidspunkt for diagnostisering, og generelt er holdningen at kreft er en sykdom hvis symptomer kommer så tidlig i utviklingsforløpet at behandling er mulig. De konkluderer med at det er tilstrekkelig å iverksette behandling umiddelbart etter at symptomene har gitt seg til kjenne. Det skrives riktignok at enkelte kreftformer er symptomløse (”tause”) helt til behandlingstidspunktet er blitt ugunstig, men

”Tyngdepunktet i det arbeide som kan føres mot kreften, må imidlertid ligge i kampen mot kreftsykdommen når den allerede er der”.<sup>237</sup>

Det blir ført medisinsk argumentasjon for dette, basert på at kreft er av de sykdommer der symptomene kommer i tide i forhold til behandling. Det var imidlertid en forutsetning for gode prognoser at pasienten kom så tidlig som mulig – og da straks etter at symptomene viste seg:

---

<sup>236</sup> Ibid.

<sup>237</sup> Andersen, Kristen mfl.: ”Arbeidet mot kreften”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1086–96/1937



”Regelen er dog at kreft gir symptomer så tidlig at behandling er mulig, hvis patienten straks søker læge og diagnosen blir stillet.”<sup>238</sup>

Det ble altså argumentert fra medisinsk hold for at presymptomatisk diagnostikk ikke hadde betydning for prognosene, ettersom symptomene kom tidlig nok. Men andre utenforliggende argumenter ble også fremmet, eksempelvis økonomi. Et eksempel på dette er debatten om hvorvidt man skulle opprette egne diagnosestasjoner for kreft, der tanken var å gjøre periodiske undersøkelser av hele befolkningen for slik å avdekke kreft på et presymptomatisk stadium. Komiteen kommer imidlertid frem til at det ”ville bli for kostbart i forhold til de sparsomme resultater”.

En annen viktig årsak til at slike diagnosestasjoner ikke ble anbefalt og som gjorde presymptomatisk diagnostikk problematisk, var at kreft kunne sitte i de fleste organer, og også gi symptomer som ikke var spesielt for kreft, men som forekom også ved andre sykdommer. Konklusjonen refereres i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*:

”Diagnosestasjoner som hadde til oppgave å opsøke krefttilfelle ved periodiske undersøkelser av den hele befolkning (over en bestemt alder), vil alt tatt i betraktning være uhensiktsmessige; arbeidet vilde også bli for kostbart i forhold til de sparsomme resultater – oppsporingen av et latent tilfelle av kreft i ny og ne.”<sup>239</sup>

I krigsårene ble redaksjonen i *Tidsskriftet* overtatt av okkupantene. Det var i hovedsak notiser og artikler oversatt fra tyske kilder som ble trykket, og debatten om kreftdiagnostikk ble liggende til 1948.

Det som nå ble særlig gjenstand for oppmerksomhet, var mavekreft, som omtales som ”vår andre store folkefiende”<sup>240</sup> etter tuberkulosen. Tidlig diagnostikk var fremdeles viktig, men ikke bestandig like enkelt å få gjennomført. Som jeg kommer tilbake til nedenfor, var noe av problemet at pasientene ikke ble tatt på alvor når de varslet sin

---

<sup>238</sup> Ibid.

<sup>239</sup> Ibid.

<sup>240</sup> Holen, Reidar M: ”Er de røntgenologiske undersøkelsene for kostbare?”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124/1948

bekymring, og at de snarere hadde ”blitt betraktet som nevrotikere”. Argumenter gjaldt også denne gangen økonomi, både for sykekassen og for pasienten:

”Også pasientene synes det er et noe drøyt stykke at det betales 30–35 kroner for et glass med søt surmelk og en 5–10 minutters positur bak en treskjerm.”<sup>241</sup>

Det var en rekke argumenter for begge løsninger, men selv om man skulle ha ønsket å diagnostisere i forkant av symptomene, lå ikke teknologien nødvendigvis til rette. Det er ikke før på slutten av 50-tallet at muligheten for å avsløre kreft på et presymptomatisk stadium synes å være realistisk. I et foredrag i Lægeforeningen i 1959 omtales cytologiens betydning i kreftdiagnostikken, altså læren om cellene. En relativt ny metode kalt *eksfoliativ cytologi* ville i større grad enn tidligere gjøre det mulig å avsløre et krefttilfelle på et presymptomatisk stadium. Dette er en teknikk der man ved å skrape i huden får tak i celler som kan analyseres. Noe av det som gjorde denne typen diagnostikk anvendelig, var at prøvetakingen var så enkel at den kunne tas på hvilket som helst legekantor uten spesialutstyr.

I foredraget legges det særlig vekt på livmorhalskreft. Ved siden av brystkreft var dette den hyppigst forekommende kreftform hos kvinner, og ble prioritert foran andre kreftformer fordi ”den overveiende opptrer hos kvinner som har født og er i sin beste alder”.<sup>242</sup>

Fra nå av finner vi mange og sterke argumenter angående presymptomatisk diagnostikk utført ved hjelp av masseundersøkelser. De mest optimistiske hevder at

”(...) masseundersøkelser hvor man oppdager og behandling carcinoma in situ vil kunne eliminere cancer cervicis uteri”.<sup>243</sup>

Nå var det ikke alle som var særlig optimistiske eller entusiastiske til dette. Leiv Kreyberg kommer samme år med et kraftig utfall mot presymptomatisk diagnostikk, og hans argumenter er langt på vei de samme som fremføres i dag. Hans konklusjon

---

<sup>241</sup> Ibid.

<sup>242</sup> Messelt, Olaf T.: ”Cytologiens betydning for cancerdiagnostikken” (Foredrag ved Lægeforeningens årlige fortsettelseskurs for praktiserende læger 1959), Tidsskrift for Den norske lægeforening, 23/1960

<sup>243</sup> Usignert notis: ”Cancer cervicis uteri og masseundersøkelser”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 639/1962 (Referert fra BMJ, 1962 (I), 203–205)

er at undersøkelsen bør brukes i ”konsultasjon hvor der er en rimelig grunn til mistanke om mulighet for ”CiS,” men ikke utstrekkes til også å gjelde regelmessig kontroll av friske”.<sup>244/245</sup>

Våren 1962 arrangeres et symposium i regi av Det norske medisinske Selskab med følgende tittel: ”Screening med henblikk på asymptomatisk sykdom belyst ved norske masseundersøkelser av cancer mammae og cancer cervicis uteri.” Landsforeningen mot Kreft hadde året i forveien lansert sin ”landsplan”, hvilket ifølge dr. Leiv Kreyberg fremtvang behovet for en grundig debatt også i fagmiljøene.

I en rekke innlegg og foredrag belyses etiske, medisinske, praktiske og økonomiske sider ved masseundersøkelser for cancer cervicis uteri og cancer mammae. Symposiet var som sådan en oppsummering av den kunnskap som var tilgjengelig, av tidens medisinske praksis, av debattene som var blitt ført, og ikke minst av de utfordringer man sto overfor. Som Karl Evang formulerer det: ”Vi er nå åpenbart på vei over i en ny epoke, hvor (...) den friske befolkning blir like mye medisinerens angrepsfelt som den syke.”<sup>246</sup>

Det var nettopp denne siden ved tuberkulosen som gjorde den egnet til en institusjon for å lindre kulturmenneskets ubehag. Ved å involvere hele befolkningen ble hver enkelt ivaretatt og en del av den samme institusjonen. Men som vist var tuberkulosen langt mer enn en sykdom, og det var mer enn at den ble angrepet presymptomatisk som gjorde at den kunne lindre ubehaget.

Om kreftsykdommen har disse kvalitetene, er ikke sikkert. Tvert imot kan det tenkes at individet er overlatt til seg selv i enda større grad, siden sykdommen i kraft av ikke å være smittsom heller ikke gir grunnlag for solidaritet og samhold. Nedenfor skal jeg vise hvordan sykdommen faktisk fikk liten betydning for den enkelte – og dermed også for ubehaget.

---

<sup>244</sup> Kreyberg, Leiv: ”Tidlig diagnose av cervix-carcinom”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 839–44/1960

<sup>245</sup> ”CiS” er en medisinsk term for ”carcinoma in situ”, ondartede kreftceller som fremdeles ikke har spredt seg.

<sup>246</sup> Evang, Karl: ”Screening. Med henblikk på asymptomatisk sykdom, belyst ved norske masseundersøkelser av cancer mammae og cancer cervicis uteri”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1962: ”Symposium våren 1962” s. 601

#### 4. I glemmeboken for lege og pasient

Det tok en tid før det nye sykdomsbildet og helsetrusselen manifesterte seg i samfunnet og i befolkningens bevissthet. Lenge følte ikke befolkningen seg særlig utsatt for sykdommen, og den ble ikke oppfattet som noen spesiell trussel. Selv om prognosene for sykdommen skulle bli bedre ved å bli behandlet før symptomene kom, og helsetjenesten også tilbød slike undersøkelser, er det likevel ikke sikkert at dette hadde noen lindrende effekt på ubehaget.

Den nye helsetrusselen var mindre synlig og slo ikke gjennom i befolkningens bevissthet som en mulig farlig sykdom. Som jeg skal vise, gjaldt dette både folk flest og legene.

##### **Legene**

Et av problemene fra tidlig av når det gjaldt kreftforebyggende arbeid, var at legene ikke vurderte muligheten for at pasientens symptomer kunne skyldes kreft. Allerede i 1928 advarte fhv. reservelege ved Kvinneklubben i Oslo, G. Schaanning, om å bli opphengt i en snever risikogruppe ("kancerager") og slik unnlate å undersøke pasienten for livmorhalskreft:

"Denne saapas hyppige forekomst i ung alder er et alvorlig varsko om at ha cancer in mente i ethvert tilfælde, hvor de kliniske symptomer i det hele tatt kan peke i den retning, og aldrig paa grund av patientens alder at la sig avholde fra at indrette sin undersøkelse med det for øie. Dette skulde være en ufravigelig regel, om ikke ofte nok og sterkt nok kan indskjærpes, fordi det jo er av saa avgjørende betydning at faa patienterne til behandling."<sup>247</sup>

Situasjonen han her skisserer, er når det foreligger kliniske symptomer som ikke vurderes til å være kreft, men helt andre typer helseplager. Symptomene kan også bli sett på som naturlige prosesser og ikke undersøkt i det hele tatt.

---

<sup>247</sup> Schaanning, G.: "Cancer uteri, dens prognose og litt om dens optræden", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 505–516/1928

Han viser til et eksempel der pasienten oppsøker legen for en uregelmessighet – for eksempel blødninger – og at legen vurderer det til å være ”klimakteriske blødninger” og ikke noe alvorlig. Schaanning legger til vedrørende livmorhalskreft:

”Det er for øvrig desværre heller ikke upaakrævet at minde lægerne om altid at ha cancer uteri in mente og hverken trøste sig selv eller patienter med ung alder eller klimakteriske blødninger. Altfor mange patienter kommer for sent til behandling av den grund.”<sup>248</sup>

En annen årsak til at man ikke undersøkte symptomene med tanke på kreft, var at man ikke ville uroe pasienten – en problemstilling vi finner igjen også i debatten i dag. Jo flere man undersøker, desto flere falske positive vil man nødvendigvis finne. Schaanning kommenterer dette slik:

”Man maa ikke la sig trætte av den ting, at man kanske derved kan komme til at gjøre mangel en ”negativ” abrasio eller excisio, tilsynelatende til ingen nytte (skade gjør den utført lege artis ikke). Den ene gang kanske, som det herved lykkes at paavise en virkelig begyndende cancer, er fuldt tilstrækkelig til at gi kompensation for alle de ”unødige” undersøkelser.”<sup>249</sup>

Han fastslår altså at omkostningene for gruppen med falske positive oppveies av bedringen i prognoser for dem som faktisk diagnostiseres med kreft.

Schaannings bekymring gjelder undersøkelser av tilfeller der det allerede foreligger symptomer. Dette – og siden spørsmålet om undersøkelser før symptomene kommer – skal bli tema for debatt helt opp til vår tid, der argumentasjonen og retorikken stadig øker i intensitet.

### **Pasientene**

Men problemet med å få satt diagnoser så tidlig som mulig lå ikke bare hos legene. Når det var problematisk å få pasientene til behandling i tide, skyldtes det også at de faktisk ikke kom til legen. Årsakene til dette kan være flere, og en mulighet er at de var redde og fryktet resultatet som nevnt over.

---

<sup>248</sup> Ibid.

<sup>249</sup> Ibid.

En annen tolkning heller til den motsatte enden, nemlig at kreftfaren ikke ble tatt på alvor, heller ikke av pasientene. Hittil hadde tuberkulosen vært den store sykdomsfaren, og stilt opp mot den kan kreft ha blitt sett på som mindre farlig.

Så sent som på slutten av 50-tallet skriver Schurmann fra en gang han besøkte et sykehus:

”(...) Det er et år siden. I enerom lå en pasient, helt dekket av et laken. Legen trakk lakenet til side med en svak bevegelse – jeg fór forferdet tilbake. Foran meg lå en mann... Den ene ansiktshalvdelen var helt fjernet. Blanke skalleben, en tom øyehule gren mot meg. Hele kroppen var full av arr. Mannen hadde én arm og ett ben... Det var kreft i dens grusomste form. Men mannen levde ennå. Og han snakket. Han ville gjerne leve, i alle fall to år til. For da ville en av hans sønner være myndig. Jeg så på da en spesialist foretok den 32. operasjon på denne menneskeklumpen. Ved en plastisk operasjon fikk mannen en erstatning for den ansiktshalvdelen som manglet. Tross alt er ikke kreft en dødsdom.”<sup>250</sup>

Forutsatt at man ble diagnostisert i tide, hadde man langt bedre prognoser enn tuberkulose.

Et annet element som kunne forklare at pasientene uteble fra undersøkelsene, var mangelen på symptomer. Når man ikke kjenner noe galt, innser man ikke nødvendigvis behovet for å la seg undersøke, forklarer P. Bull i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* fra 1932:

”Den [sykdommen] ledsages da ikke av andre ulemper enn dem man kan finne ved hvilken som helst banal og ufarlig sykdom. Det er blant annet intet til hinder for at en kreftpasient kan veie 90–100 kg og se blomstrende ut.”<sup>251</sup>

En annen forklaring på at pasientene kommer sent til behandling, er ifølge Bull at frykten for døden har holdt dem tilbake. For likevel å få folk til å trosse frykten og å la seg undersøke oppfordrer han til påminnelser, men ikke minst informasjon. Som

---

<sup>250</sup> Schurmann, Hans, 1959, s. 106–107

<sup>251</sup> Bull, P.: ”Hvorfor kommer kreftpasienter ofte så sent til radikal behandling?” *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 320/1932

han selv formulerer det, ”ved stadige gjentakelser å få hamret inn i folks bevissthet (...)” hva kreft er og ikke er, for så at de oppsøker lege så snart de får mistanke om at noe er galt”.

Bulls hovedanliggende i artikkelen er altså å sette på dagsordenen det faktum at mange pasienter lider unødvendig under – og kanskje dør av – at de ikke har latt seg undersøke i tide. Han deler pasientene inn i ulike kategorier som hver har sine motiver for å unnlate å la seg undersøke.<sup>252</sup>

På den ene siden har vi de *doktorredde*, som er så redde for å ha kreft at de ikke tør å henvende seg til sin lege: ”Det viser seg (...) at det ikke er frykten for læge eller operasjon som har holdt dem tilbake, men frykten for døden, og det er den som gjør at de lettere faller som bytte for mannen med ljåen.”

På den andre siden har vi de *rolige og besindige*, de som har et så ”vel avbalansert sinn at de ikke straks henvender sig til læge om at de kjenner nogen ubestemte smerter et eller annet sted”. Dette, legger han til, ”kan ofte stille sig i veien for en tidlig erkjennelse av en kreftsykdom”.

Også mennesker som ikke går til lege, er omfattet av artikkelen. De *fanatiske* er de ”(...) som av hellig overbevisning eller pur tåpelighet hevder at sykdom enten ikke eksisterer eller at det i ethvert fall er unaturlig å la den behandle av læge. Får den slags folk kreft, kommer de bestandig for sent (...)”.

*Optimistene* er ”(...) næsten å sammenligne med soldater i krigen: De ser kameratene falle omkring sig, men de tenker bestandig at de selv skal gå fri”.

Disse eksemplene viser hvordan sykdomsfare kan føre til uro og bekymring for den enkelte, og at det blir et slags privat ansvar. Man er riktignok en del av en større risikogruppe, men det behøver ikke nødvendigvis å ha noen positiv virkning i forhold til å lette ubehaget. Det er ens eget ansvar å lokalisere symptomer og å henvende seg til sin lege. Kreybergs observasjoner omkring årsaker til at folk ikke går til legen, er

---

<sup>252</sup> Ibid.

alle mulige fordi de selv må vurdere hvordan eventuelle symptomer skal tolkes. I den grad det kunne ligge potensial for et fellesskap og utgangspunkt for en overbygning i det nye sykdomsbildet, vil det være vanskeligere å etablere det fordi sykdommen er et privat anliggende og tolkninger av eventuelle symptomer er opp til den enkelte

I utgangspunktet kan det altså se ut til at man ikke ville finne noe ved den nye folkesykdommen som kunne ha innvirkning på ubehaget slik som tuberkulosen og apparatet omkring den hadde hatt. Smittefaktoren – og dermed mangel på tilhørighetsmomentet når det gjaldt bekjempelse av sykdommen, er nevnt. Men den hadde heller ikke betydning nok til at den hadde innflytelse på hver enkelt i befolkningen.

Det kan dermed se ut til at kreft ikke fikk noen betydning i så måte, verken hos den enkelte eller på makronivå. Men om ikke smitteaspektet var det samme, og truselbildet slik sett var annerledes, var det andre måter sykdommen ble en del av en felles bevissthet på, som jeg skal vise nedenfor.

## **5. Sykdommen preger kulturen likevel, men ubehaget lindres ikke**

For at en sykdom eller helseplage skal ha betydning for kulturmenneskets forutsetninger for å holde ut ubehaget, må den representere mer enn en sykdom i seg selv. Tuberkulosen hadde vært en del av kulturen med utgangspunkt i at den fremsto som en institusjon – alle var direkte involvert. Kreftsykdommen involverer ikke befolkningen ved undersøkelser og konkret sykdom, men den er likevel tydelig i kulturen og blir en del av befolkningens bevissthet, som jeg skal beskrive nedenfor.

### **Nye måter å bli en del av kulturen på**

Noe av det som bidrar til at det nye sykdomsbildet og helsetrusselen får plass i folks bevissthet, er at informasjonskanalene utvides. På tross av at den mangler et av tuberkulosisens fremste karakteristikum i denne sammenhengen – nemlig smittefaren – ville den kanskje likevel kunne bli en del av folkets felles bevissthet og en del av kulturen, og få en funksjon som felles referansepunkt i at alle, syke som friske, blir involvert i sykdomsbekjempelsen. Men ikke ved å være smittsom, men ved å ta plass i det offentlige rom.



Kreftsykdommen hadde gode forutsetninger for dette blant annet fordi massemediene ble etablert. Med økt tilgang på informasjonskanaler som radio, tv, film og ukeblader fikk man også større mulighet til å dekke et læringsbehov i befolkningen hva helseforebygging angikk – generelt og om den nye folkesykdommen kreft spesielt. Der tuberkulosen ble en del av befolkningens bevissthet ved kampanjer og opplysningsvirksomhet, var det sykdommen selv som krevde det. Når informasjon om kreftfaren spres i befolkningen, er det til dels med hensyn til befolkningens helse konkret, men også for å heve kompetansen generelt.

Også radioen ble vanligere som informasjonskanal,<sup>253</sup> der også helsespørsmål og sykdomsbildet var et tema. Ifølge professor i historie ved Universitetet i Oslo, Hans Fredrik Dahl, var det ingen tvil om at radioen skulle bringe undervisning da rikskringkastingen ble introdusert i Norge i 1924–25. De første emnene som ble sendt, var stenografi, tysk, fransk og engelsk. Det siste var det mest populære.<sup>254</sup>

I begynnelsen var det begrenset hvor mange som hadde radio, særlig på grunn av dårlig dekningsgrad. Men da den landsdekkende statseide radiokanalen NRK ble lansert i 1933, ble dette langt bedre. Prisene på radioer ble snart overkommelige, og mot slutten av 30-tallet var det vanlig med reklamer for radioapparater i aviser, hvilket viser at målgruppen var folk flest. Dette gjorde det lettere å nå ut til større deler av befolkningen også med folkeopplysning rundt helse, og da gjerne gjennom den populære programserien med radioforedrag. I 1935 kunne man høre på rikskringkastingen<sup>255</sup> en programserie med populærvitenskapelige radioforedrag med

---

<sup>253</sup> Teknisk sjef i Radio Agder, Eivind Engberg, har studert og skrevet om radioens historie, og forteller at radioen hadde en sentral rolle som folkeopplyser. Det hadde en sammenheng med hvem som ble rekruttert: De fleste programmedarbeiderne var nemlig filologer. Før 1945 var det bare to medarbeidere som ikke var filologer, en trend som fortsatte gjennom hele 60-tallet. Først på 70- og 80-tallet ble det rekruttert journalister. (<http://www.engberg.com/historiegold.htm>)

<sup>254</sup> Dahl, Hans Fredrik: *De store ideologienes tid, Norsk idéhistorie* (red. Trond Berg Eriksen og Øystein Sørensen), bd V, 2001

(Dette var en ny tendens, da det frem til 1920 hadde vært tysk språk som var gjeldende i skolen og i vitenskapelig sammenheng: ”Tysk var fortsatt det internasjonale fagspråk for humanister og teknologier.” (Dahl s. 41.) Etter 1920 blir tyskspråket imidlertid forbigått av engelsk. ”Men fortsatt ble de fleste av de fremmedspråklige akademiske avhandlinger og doktorgrader i Norge skrevet på tysk.” (Dahl s. 43.) Dette endret seg etter annen verdenskrig. Under krigen hadde tysk forskning ligget i front, og da redaksjonen i Tidsskrift for Den norske lægeforening ble overtatt av okkupantene, var det også tysk forskning som ble formidlet.

Umiddelbart etter krigens slutt ser vi en påfallende nedgang i antall referanser fra tysk vitenskapelig virksomhet.<sup>255</sup> Da NRK ble lansert 24. juni 1933, ble alle norske radioer samlet i den landsdekkende statseide radiokanalen NRK.

tittelen ”Om kreft og behandling av kreft”. Her forteller dr.med. Leiv Kreyberg at kreft er blitt den tredje hyppigste dødsårsak etter tuberkulose og alderdomssvakhet.<sup>256</sup> Han forteller om de forskjellige kreftformer og om risikogrupperne: De som ennå ikke har født eller som har abortert, har ikke like stor risiko for å få livmorhalskreft som andre, og feiere later til å ha forhøyet risiko for å rammes av hudkreft. Han forteller om forskningen, detaljer om kreftcellen, om metastaser og om ”autoplastiske” transplantasjoner og eksperimentell svulstforskning.

Foredraget inneholder ikke oppfordringer eller råd, men er av rent opplysende og kunnskapsformidlende karakter. Det eneste som kan sies å være til praktisk anvendelse for lytterne, er når han oppfordrer til nøkternhet med hensyn til forventninger til forskningen:

”Hverken publikum eller forskere er tjent med at den opfatning får bre sig at der er utsikt til i overskuelig fremtid å finne et universalmiddel som kan kurere alle former av kreft.”<sup>257</sup>

Også trykksaker, blader og bøker var populært i befolkningen og ble således en kanal til opplysning og informasjon. Helsemagasinet ”Liv & sundhet, Norsk blad for riktig levesett, legemets og sinnets helse” henvendte seg til alminnelige borgere, og som tittelen sier, omhandlet det alle sider ved helse og livsstil. I 1937 trykkes en artikkel der temaet er kreft – nå om hvor viktig det er at folk forstår at kreft ikke er en uhelbredelig sykdom og at de kommer tidlig til behandling.<sup>258</sup> ”Kreft er en helbredelig sykdom, men chansene for helbredelse er avhengig av hvor tidlig patientene blir behandlet.”<sup>259</sup>

Det var også andre, ikke-kommersielle aktører som drev folkeopplysning, og også her var kreftsykdommen sentral i informasjonsarbeidet. For eksempel Røde Kors, som i

---

<sup>256</sup> Dette behøvde ikke bety at kreftfaren var større eller at tilfellene var blitt flere. Forklaringen på de økte tallene var de samme som i dag: Gjennomsnittlig levealder hadde økt, og dermed fikk man også flere syke mennesker. De medisinske diagnosene var blitt flere ved at de ble delt opp i undergrupper, og i tillegg hadde man fått en større nøyaktighet når det gjaldt dødsattester. På den måten ble dødsårsakene spesifisert i større grad.

<sup>257</sup> Kreyberg, Leiv: ”Om kreft hos menneskene og trekk av den eksperimentelle svulstforskning” i *Om kreft og behandling av kreft*, 1935

<sup>258</sup> Denne konklusjonen gjelder leppekreft (hvis utbredelse trolig skyldes den store anvendelsen av piperøyking) og livmorhalskreft.

<sup>259</sup> Natvig, Haakon: ”Resultatet av den moderne behandling av kreft” i *Liv & sundhet. Norsk blad for riktig levesett, legemets og sinnets helse*. (Innbundet samling av 1937-årgangen), s. 236

1932 utga en brosjyre kalt ”Kjennetegnet på begynnende kreft”.<sup>260</sup> Dette skulle være en veiledning for pasientene, og på det viset også ansvarliggjøre dem for å bedre prognosene.

Ved på denne måten å prege det offentlige rom vil det nye sykdomsbildet feste seg i befolkningens bevissthet, både friske og syke, som er ett av premissene for å kunne lindre ubehaget. Man står ikke overfor en konkret klinisk smittefare, men fordi det offentlige rom preges av det, vil den enkelte også preges av det.

### **Men felles bevissthet er ikke nok**

Men for at et sykdomsbilde skal kunne ha en slik rolle som tuberkulosen hadde, må hver enkelt ikke bare være informert om trusselen; man må bli ivaretatt. Tuberkulosen tok plass i det offentlige rom og angikk på den måten alle. Men viktigere var at alle ble ivaretatt gjennom å bli forsikret om at de var friske eller gitt behandling.

Når det gjaldt kreft, var det sterk uenighet omkring behovet for undersøkelser av symptomfrie. Både økonomi og uklarhet omkring effekten var debattert, slik jeg viste tidligere.

I tidsskriftet *Journal of the American Medical Association (JAMA)* refereres det til at beregninger (fremdeles fra USA) har vist at man kun oppdager ett krefttilfelle per tusen symptomfrie personer, og det ville legge beslag på store ressurser:

”(...) en undersøkelse av hele befolkningen årlig ville beskjefte hver eneste lege i USA med en daglig arbeidstid på fem timer.”<sup>261</sup>

I forskningsresultater fra USA hadde man beregnet kostnader forbundet med å avdekke kreft før symptomer viser seg. Her har man kommet frem til at

”... omkostningen av hvert enkelt erkjent tilfelle vil (...) beløpe seg til omtrent 25 000 \$”.<sup>262</sup>

<sup>260</sup> Kreyberg, Leiv: ”Kjennetegnet på begynnende kreft”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 558–559/1932 (Omtale av brosjyre utgitt av Norges Røde Kors: Bull, P.: *Kjennetegnet på begynnende kreft*. 1932 (2.oppl)

<sup>261</sup> Usignert notis: ”Profylaktiske undersøkelser mot cancer”, Tidsskrift for Den norske lægeforening 97/1949

I motsetning til tuberkulosebehandlingen ble prioritering av behandling gjort på bakgrunn av en generell forpliktelse om å holde befolkningen ved god helse, og ikke for å beskytte et helt samfunn. I hvilken grad man skulle behandle, og på hvilken måte, ble gjenstand for skjønn og en økonomisk vurdering, og man ønsket å gjøre det så rimelig som mulig. Dette skaper ikke forutsigbarhet for den enkelte, og det blir ikke et fellesanliggende som gir opplevelsen av å være en del av noe overordnet, slik som med tuberkulosen. Dette blir dermed et eksempel på at en ikke-infeksjonssykdom som kreft ikke vil kunne ha den samme rollen som tuberkulosen overfor ubehaget.

Men til tross for at den nye folkesykdommen selv ikke kunne ta den samme rollen, var det andre institusjoner som utvikler seg og vokser frem. I kapittel 4 drøftet jeg hvorvidt det som skulle bli velferdsstaten kunne være en institusjon som kunne danne en ramme omkring kulturmennesket og gjennom det lindre ubehaget. Konklusjonen ble negativ fordi den ikke var etablert nok i kulturen. Men i etter-infeksjonsperioden ser man imidlertid en rask utvikling i velferdsstaten, ved at den blir etablert og lovregulert. Dette skal drøftes i neste kapittel.

---

<sup>262</sup> Usignert notis: "Diagnosestasjoner for cancer?" Tidsskrift for Den norske lægeförening, 546–547/1948

## ***Kapittel 7 Nytt sykdomsbilde gir nye lindrende midler?***

### **1. Kan lovreguleringer utgjøre en overbygning?**

Jeg viste i forrige kapittel at ikke-infeksjonssykdommer ble det nye prioriteringsfeltet for folkehelsearbeidet etter at tuberkulosen gikk tilbake. Fordi den kom til å bli en prioritert del av helsetjenesten og en del av det offentlige rom, og dermed også preget den enkelte, kunne den drøftes som mulig kilde til å lindre ubehaget slik tuberkulosen hadde vært. Jeg konkluderte imidlertid med at den ikke kunne få en slik rolle, på grunn av dens vesensforskjell fra tuberkulosen – smitteaspektet – og dermed ikke hadde det samme skadepotensialet. Dette ble illustrert gjennom eksempler fra perioden da den ble kjent, og ved eksempler på debatten som føres i dag, som viser at problemstillingen både kan sammenliknes og at den fremdeles ikke kan ha en slik stilling.

I det følgende vil jeg undersøke hvorvidt andre aspekt av helsetjenesten enn det som springer ut av den enkelte sykdommen, kan ha en effekt i forhold til ubehaget, nemlig velferdsstaten og den organiserte helsetjenesten som blir etablert parallelt med at kreftsykdommen og ikke-infeksjonssykdommene kommer.

#### **Helse blir politikk**

I det som kan kalles etter-infeksjonsperioden er det særlig to faktorer som gjorde at kulturmennesket likevel kunne ha håp om at ubehaget kunne bli lindret av helsetjenesten eller deler av den.

For det første var ivaretagelse av befolkningens helse i ferd med å bli lovregulert. Slik fikk helsetiltak og -spørsmål en fast og utvetydig rolle overfor befolkningen, og kan ses på som et eksempel på at kulturmenneskets evner ble tatt i bruk. Rasjonaliteten og fornuften rådet, og man hadde lært å leve med ubehaget slik at det var til å holde ut.

For det andre var vektlegging av det forebyggende helsearbeidet en viktig prioritert oppgave som gjaldt både det gamle og det nye sykdomsscenarioet. Slik vil hele befolkningen, både faktisk syke og presumptivt friske mennesker, bli ivaretatt. Nettopp dette, at hver enkelt var inkludert samtidig som at fellesskapet ble styrket,

kunne være et eksempel på at naturens overmakt var overvunnet, og derigjennom at også kroppens skrøpeligheit var kommet under kontroll. Dette vil bli drøftet i kapittel 7.2. Men først skal jeg se på det første punktet, nemlig hvordan myndighetene ble forpliktet til å ta seg av den enkelte innbygger.

### **Intensjonene bak folkehelsearbeidet – den nye overbygningen**

Ivaretagelse av helse for alle ble nedfelt som internasjonale standarder og kunne snart sies å utgjøre en stabil og forutsigbar institusjon. Da FN ble etablert i 1945, var opprettelse av en internasjonal helseorganisasjon et viktig tema. Tre år senere, i 1948, ble WHO konstituert, og datoen 7. april er nå etablert som verdens helsedag. Samme år ble WHO's helsedefinisjon lansert, en definisjon som fremdeles ligger til grunn for internasjonal helseomsorg og -politikk (se kap. 1.2 "begrepsavklaringer"):

”(...) en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte.”<sup>263</sup>

Dette er blitt kalt *det utvidede helsebegrepet* fordi det omfatter betydelig flere sider ved mennesket enn kun den fysiske helsen. Nå skulle alle tas vare på, og det var prognosene for helse, sykdom og utsatt død som skulle bedres. Karakteristisk for det utvidede helsebegrep er at man går bort fra distinksjonen syk/frisk, og lar det omfatte hele mennesket fra organisme til sosialt og samhandlende individ og del av samfunnet. God helse skal ikke lenger forstås kun som en klinisk størrelse, men innbefatter også omgivelser, levekår og forutsetninger i sin alminnelighet som mennesket trenger for å leve verdige liv. Det blir stilt krav til den enkeltes livsbetingelser, omgivelser, økonomi og verdighet for at vedkommende skal defineres som ved god helse. Dette betyr at man kan være fysisk og psykisk velfungerende – men uten tilgang på tilstrekkelig næring, mat og drikke, vil man fremdeles ikke kunne anses å være ved god helse. Det samme gjelder om de fleste basale behov er dekket – men om man ikke opplever for eksempel trygghet, vil man ikke kunne sies å være ved god helse. Det ble nå stilt krav til levekår, livsvilkår, miljø og sikkerhet, og helse er ikke lenger bare er en sak som vedrører den enkelte, eller er den enkeltes ansvar. Nå stilles det krav til hele befolkningens forutsetninger og levekår, og begrepet er

---

<sup>263</sup> St.mld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, s. 6

dermed politisert i større grad enn tidligere.<sup>264</sup> Når helsepolitikken så utvikles videre, blir denne definisjonen fremdeles lagt til grunn, og det er stadig klart at helsebegrepet skal nå samtlige, og at ingen skal falle utenfor.

### **Ikke gjennomførbart**

Men om intensjonene var av de beste, har det nok ikke vært gjennomførbarheten som var førende når WHO skulle definere hva helse skulle være. Snarere har det vært å komme frem til, formulere og nedtegne en felles forståelse av hva god helse skal innebære. Det betyr altså ikke at det nødvendigvis må være mulig å effektuere. På sett og vis kan vi si at det utvidede helsebegrepet er formulert i samme ånd som menneskerettighetene. Her har man befestet et overordnet menneskesyn som skal gjennomsyre enhver handling utført av hver enkelt aktør i samfunnet, fra staten til enkeltmennesket. Men selv om målsettingene er klare, og selv om det kan synes uoppnåelig å gjennomføre dem til fulle, er det likevel av stor betydning å ha uttalt – og oppnådd – enighet om hvordan vi ønsker å ha det.

Men det skulle vise seg at helsebegrepet ble mer forvirrende enn det motsatte. En innvending var at medisinene ble pålagt en nærmest umulig oppgave. Et leserinnlegg i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1970 er eksempel på det, der innsenderen mener at definisjonen er ubrukelig som grunnlag når man for eksempel skal utstede helseattester. Med utgangspunkt i definisjonen skriver han:

”Hvilket menneske kan sies å være friskt på dette grunnlag? Definisjonen utvider faktisk helsebegrepet til å gjelde alle medmenneskelige forhold, og det var vel egentlig ikke intensjonen. Det er også andre sider ved saken som er interessante. Det siste ord, ”wellbeing”, må vel være uttrykk for en subjektiv oppfatning hos det enkelte menneske. Det er jeg som avgjør om jeg føler meg vel. Ingen objektive kriterier er nødvendige. Ingen andre mennesker, heller ikke leger, kan benekte eller bekrefte mitt eventuelle velvære. La en mann gå hjemmefra om morgenen i fin form, og møt ham igjen under ugunstige omstendigheter en halv time før middag, sulten, sur, og irritabel etter en krangel med en eller annen kollega på arbeidsplassen. Da skulle han altså være på sykelisten både fysisk, mentalt og sosialt.”

---

<sup>264</sup> Hagestad, Kristian: ”Individrettede forebyggende helsetjenester”, i Larsen mfl., *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*, 1998 (1992), s. 317

Og han konkluderer:

”Nei, la oss få arbeide med WHO’s helsedefinisjon som mål for vår streben, mens våre helbredelsesattester blir skrevet etter skjemaer som er ’godkjent av Den norske lægeforening.’”<sup>265</sup>

Men likevel: På tross av at det utvidede helsebegrepet kan synes umulig å effektivere, har det stor betydning når det skal etableres en oppfatning av hva mennesker skal kunne forvente i sin tilværelse. Det utvidede helsebegrep reflekterer med andre ord vår tids syn på mennesket som en sammensatt og mangesidig organisme, og er veiledende når vi skal forstå menneskesyn og det politiske landskapet vi lever i.

Som styringsredskap, derimot, er det verken tilstrekkelig målbart eller presist, og må eventuelt operasjonaliseres på en hensiktsmessig måte. For ved å la helsebegrepet romme alle sider og nivåer ved et menneskes tilværelse blir det ikke bare lite målbart, men også tilnærmet uopnåelig.

### **I Norge: bredt helsebegrep, men blir alle ivaretatt?**

Rådgiver i Helsedirektoratet, Marit Christie, skriver at WHO-definisjonen av helse fikk liten praktisk betydning i Norge i 1950–60-årene. ”Definisjonen var lært, men kanskje ikke forstått. Tiden var fortsatt ikke moden for å anvende den som retningsgivende for praktisk arbeid.”<sup>266</sup>

Men selv om det ikke var uttalt eller nedfelt i dokumentets form, er det klart at essensen og tankegodset ved det utvidede helsebegrepet gjaldt i utviklingen av norsk helsepolitikk. Vi ser en politisering av helse og levekår gjennom formålet at hele mennesket skulle ivaretas, noe som for øvrig korresponderer med de verdiene velferdsstaten bygget på. På samme måte som i WHO’s definisjon trer det frem en oppfatning av helse og helsearbeid som et prosjekt som skal inkludere alle – ikke bare syke og behandlingstrengende.

---

<sup>265</sup> Egenberg, Alfred: ”WHO’s definisjon av helse. *A state of complete physical, mental and social wellbeing*”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1581/1970

<sup>266</sup> Christie, Marit: ”Helsefremmende arbeid - ‘Health promotion’” i Larsen, Øyvind mfl. (red): *Sanfunnsmedisin i Norge – Teori og anvendelse*, 1998 (1992) s. 317



Men spørsmålet som må stilles, er om hver enkelt virkelig blir ivaretatt, eller om vi ser det motsatte. Ved å innføre et så bredt begrep risikerer man å uthule meningen og praksisen. Dette vil ikke nødvendigvis bidra til å lette kulturmenneskets ubehag.

### **Tverrsektoriell satsning, men ikke et felles løft som i mellomkrigstiden**

Jeg har vist at utviklingen av norsk helsepolitikk i nyere tid har vært fundert på en forståelse av helse som noe mer enn den enkelte kropp, og at aktørene som skal forvalte helsebegrepet, er flere enn medisinene. I praksis har det betydning at også flere instanser enn kun medisin og helsetjenesten direkte skulle stå ansvarlig for å oppfylle helsebegrepets innhold, men det var ikke uproblematisk.

En illustrasjon på det problematiske i hvorvidt helsetjenesten på noe vis skulle kunne lindre kulturmenneskets ubehag, er hvordan det utvidede helsebegrepet ble effektivt i Norge – nemlig gjennom stadig større vektlegging av det tverrsektorielle i håndteringen av helse spørsmål. Dette førte til at flere aktører fikk ansvaret for å ivareta hele mennesket.

Folkehelsemeldingen fra 1992–93 fulgte dette prinsippet og vektla betydningen av at flere fagfelt deltok. Dette skulle være det retningsgivende dokumentet på norsk helsepolitikk for kommende tiårsperiode:

”Det er en gammel erkjennelse at mer helsetjeneste ikke nødvendigvis medfører en bedring i folkehelsen. Et velvillig estimat er at sykehus, legetjeneste, medisinere osv i høyden kan influere på 10 pst av de vanlige indikatorene som brukes til å måle helse. De resterende 90 pst ligger utenfor sektorens innflytelse.”<sup>267</sup>

Fordelene med at helsearbeid drives av andre enn bare medisinsk kompetansehold, har vært en kjent målsetting i lang tid. Allerede Hippokrates påpekte betydningen av flere aktører: ”(...) Men ikke bare må legen selv gjøre det som er nødvendig, også den syke, de tilstedeværende og omstendighetene ellers må gjøre sitt.”<sup>268</sup>

---

<sup>267</sup> St.meld. nr. 37 (1992–93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, Sosialdepartementet, s. 35

<sup>268</sup> Hippokrates: *Om legeskunsten*, (Innledende essay ved Trond Berg Eriksen), 2000, s. 3

Men helsearbeid er ikke bare velferd; det er ikke minst politikk og økonomi, og en satsning på det tverrsektorielle kan ha klare negative utslag. I motsetning til i mellomkrigstiden er velferdsstaten nå etablert og definert, og det er vedlikehold og videreføring som er de viktigste oppgavene. Dette er også sagt direkte i den offentlige utredningen om folkehelsearbeidet: ”Det later til at der helsevesenets hovedoppgave en gang var å reparere og kurere syke mennesker, ligger utfordringen i dag mer i å beholde god helse.”<sup>269</sup>

Slik kan vi si at med det nye sykdomsbildet kom også en ny helsepolitikk. Denne, mer enn selve sykdommene og behandlingen av dem, gjorde at det oppsto et slags fellesskap som kunne virke som et lindrende middel mot ubehaget.

### **Kvalifiserer ikke**

Etter å ha vært retningsgivende i en tiårsperiode blir forebyggingsmeldingen avløst av en ny melding, ”Resept for et sunnere Norge”. Her videreføres den grunnleggende oppfatningen av at helse er et ansvar som hviler på flere aktører: ”Ansvar må synliggjøres i alle sektorer når nasjonal politikk formes.”<sup>270</sup> Det må mer enn kun kurativ virksomhet til for å oppnå god helse i befolkningen: ”Ved å forebygge mer kan vi reparere mindre.”<sup>271</sup>

Det at det nå var blitt et tverrsektorielt prosjekt, gjorde at man i motsetning til å dra lasset sammen kunne skyve ansvaret over på hverandre. Dette ville kunne føre til en uthuling av velferdsstatens rolle, og mye av dette preger helsedebatten i dagspressen. Pasienter klager over manglende tilbud, og befolkningen rystes over nedprioriteringer og eksempler på uverdigg behandling av syke og gamle.

Dette mener jeg er et eksempel på at helsetjenesten ikke lenger er en kjerneaktør i arbeidet med å gjøre ubehaget til å holde ut for kulturmennesket. Dertil kommer at selv om en helsepolitisk målsetting er at hele mennesket skal ha det som det trenger, er det ikke dermed sagt at det *blir* ivaretatt uten videre. Heller ikke betyr det at

---

<sup>269</sup> NOU 1998:18 *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen*, Sosial- og helsedepartementet, s. 39

<sup>270</sup> St.meld. nr. 16 (2002–2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, Det kongelige helsedepartement, s. 7

<sup>271</sup> *Ibid.* s. 5

overbygningen er merkbar for befolkningen. For noe av målsettingen ved helsetjenesten er jo nettopp at så få som mulig skal være nødt til å bruke det; det er hele ideen med forebyggende helsearbeid. Dette er et viktig poeng som problematiserer det at folkehelsekonseptet skulle ha en rolle som overbygning – det ønsker faktisk ikke folk der.

Dette ble gjort klart i 1996 da Folkehelse rapporten ble lagt frem. Daværende helseminister Gudmund Hernes sa i sin redegjørelse i Stortinget 30. april 1996 følgende om formålet med norsk helsepolitikk:

"Et hovedmål for helsepolitikken er å få så få pasienter som mulig. Derfor har forebyggende og helsefremmende arbeid høy prioritet. Målet er å skape flere gode leveår for alle. Det innebærer å bruke politiske virkemidler for å utjevne forskjeller i livskvalitet, helse, sykdom og tidlig død, mellom ulike grupper i befolkningen og ulike deler av landet."<sup>272</sup>

Dermed mener jeg at folkehelsearbeidet, som i utgangspunktet kunne vært en institusjon som lindret kulturmenneskets ubehag, likevel ikke kan fylle den rollen. Den vil ikke kunne være noen avledning fra ubehaget, og den vil heller ikke gi den mulighet de psykoanalytiske prinsipper ga ved å lindre ubehaget samtidig som den frembrakte klarhet. Til det lar den hver enkelt bli alene med sitt ubehag – den har ikke det fellesskap som kreves.

Kan hende vil denne typen helsetjeneste sågar virke motsatt: Følelsen av å mangle en overbygning blir forsterket, all den tid målet er at den enkelte skal greie seg på egen hånd.

Men selv om ikke helsetjenesten i sin alminnelighet kan spille noen rolle for kulturmenneskets ubehag, kan det være *deler* av den som har slik mulighet.

For noe av det som utgjorde det viktige elementet når tuberkulosen kunne ha en effekt på ubehaget slik som beskrevet, var at det var en institusjon i samfunnet, at det inkluderte alle. Av de helsetilbud som finnes i dag, er det særlig én tjeneste som retter seg mot hele befolkningen, syke som friske: undersøkelser og diagnostisering av

---

<sup>272</sup> Folkehelse rapporten. Helseminister Gudmund Hernes' redegjørelse om folkehelsen i Stortinget 30. april 1996. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.

symptomfrie. Jeg konkluderte tidligere med at det som skulle bli folkesykdommen etter tuberkulose, nemlig kreft, ikke i seg selv hadde de trekk ved seg som måtte til for å kunne ha en funksjon overfor ubehaget. I neste kapittel skal jeg drøfte om måten den angripes på, kan ha en slik funksjon. Og om sykdommen på det viset – og den bestemte helsetjenesten – kan sies å ha en betydning for kulturmenneskets ubehag.

## **2. Kan et spesifikt helsetilbud lindre ubehaget?**

I kapittel 6 viste jeg hvordan informasjon om ikke-infeksjonssykdommene ble befolkningen til del, og slik sett berørte alle. Når det ikke festet seg som del av kulturen, skyldtes det blant annet at sykdommen var ny og at sykdomsfaren ikke ble tatt på alvor. Mest betydde det likevel at selv om man ble oppmerksom på sykdomsfaren, ble man ikke ivaretatt.

Etter hvert som de nye helsetrukslene ble etablert som del av befolkningens bevissthet, kom også behandlingstilbud til den enkelte. Med dette in mente kan problemstillingen vurderes på nytt: Kan en felles bevissthet om en helsetrusel bidra til å lindre ubehaget?

Jeg vil med et eksempel vise hvordan et sykdomsbilde og måten den angripes på, kan inkludere hele befolkningen uten at smitteaspektet er til stede, og kan hende også få rollen som en overbygning, og som endelig kan ha en lindrende virkning på ubehaget.

### **Eksempel: medikalisering**

For å illustrere hvordan helsespørsmål, og dermed temaer om liv og død, blir en del av det offentlige rom og dermed en potensiell overbygning for befolkningen, vil jeg bruke medikaliseringskritikken som jeg presenterte tidligere. Her blir bestemte medisinske og helsemessige praksiser utsatt for kritikk, primært fordi de anses som unødvendige og ofte kan gjøre mer skade enn gagn. Men hvis poengene og argumentene i medikaliseringskritikken ses fra et annet perspektiv, kan konklusjonen bli en annen, nemlig at en eventuell overbehandling kan være til det beste for befolkningen.

Medikaliseringkritikerne hevder at sykdom, risiko og helse er blitt en del av vår hverdag og måte å tenke på, og stiller seg kritisk til en slik utvikling. Ifølge kritikerne forholder vi oss til risiko i alt vi gjør, der konsekvensen kan være at vårt handlingsrom begrenses og bekymring blir sentralt i vår tilnærming til verden. De anser at virkningen av bruken av medisinske undersøkelser, ofte med påfølgende medisiner og behandling, fører til en sykeliggjøring av samfunnet. Denne er dertil så overgripende at man kan frykte at den faktisk danner en ramme omkring livene våre – en ramme som begrenser og hemmer.

Kritikerne påpeker også at en slik praksis kan resultere i en mentalitet hos befolkningen som er usunn både for den enkelte og for samfunnet vi lever i. Petr Skrabanek, en sterk kritiker av det han mener er en tendens til økende medikalisering i samfunnet, betegner informasjon som kommer fra interessegrupper ("cancer societies") og media for propaganda, og mener det kan føre til "cancerophobia" i samfunnet. Han mener også det kan ha en negativ påvirkning på legeyrkets kredibilitet.<sup>273</sup> Kritikerne hevder det er i ferd med å etableres en kultur der det er normalt å være syk og/eller behandlingstrengende, der det er normalt å være pasient, og der det er en selvfølge å gjøre avtaler med lege for "bare å ta en sjekk".

Laura Purdy, professor i filosofi ved Wells College, NY, nevner flere eksempler på dette i tidsskriftet *Bioethics* når det gjelder kvinner: menstruasjon, graviditet, fødsel og overgangsalder – alle naturlige fysiologiske prosesser som på et eller annet vis medisineres.<sup>274</sup> Når det gjelder medikalisering av graviditet, påpekes det at det ikke er uvanlig at spesialisttjenesten kobles inn uten at det er komplikasjoner eller andre forhold som gjør ekspertise nødvendig. Obstetisk bistand – fødselshjelp – ble tidligere brukt kun ved særskilte behov. En engelsk undersøkelse viser at denne ekspertisen stadig oftere er til stede ved ordinære fødsler.<sup>275</sup>

Kritikerne mener at vi på den måten skaper og produserer pasienter fremfor å forhindre sykdom og minske andelen pleietrengende. Slik blir det å bruke

---

<sup>273</sup> Skrabanek, Petr: "False premises and false promises of breast cancer screening", i *False premises and false promises. Selected writings of Petr Skrabanek*, 2000, først trykket i *The Lancet* 1985; ii: 316–320 under tittel: "Screening for Disease: False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening".

<sup>274</sup> Purdy, Laura: "Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine", *Bioethics*, vol. 15, nr. 3, 2001

<sup>275</sup> Johanson, Richard; Newburn, Mary; Macfarlane, Alison: "Has the medicalisation of childbirth gone too far?" *BMJ*, vol 324/2002

helsetjenester en del av livet og mer normalt enn det motsatte, nemlig å være frisk og ikke å benytte seg av helsetjenester.<sup>276</sup>

### **Bekymring som samlende faktor**

Men med utgangspunkt i spørsmålet om kulturmenneskets ubehag og mulige lindrende midler vil medikaliseringskulturen kunne ha en positiv effekt. Den ivaretar hele befolkningen, og den omfatter kilden til ubehaget: kroppens skrøpelighet og naturens overmakt.

Dette at deler av denne kulturen kan brukes som et middel til å håndtere ubehaget, kan faktisk illustreres ved å benytte medikaliseringkritikernes egne argumenter. De påpeker nettopp at opptattheten av helse tar stor plass i det offentlige rom og berører enhver. Dette kan skape en bekymringskultur, men fra et annet perspektiv vil det også gjøre at hele befolkningen er berørt.

Det er nevnt at idet diagnostikk av presumtivt friske mennesker kunne skape en kultur som oppmuntrer til at man skal la seg undersøke for mulig sykdom, vil også den friske delen av befolkningen bli involvert. For det er nettopp ved *ikke* å ha symptomer eller kunne vise til andre tegn som tyder på at man har behov for medisinsk assistanse at man blir ivaretatt. Og fordi det ikke stilles krav om å være syk eller ha et behandlingsbehov, er hver enkelt inkludert.

Samtidig som den enkelte skulle ivaretas, gis man også et fellesskap. Ettersom dette gjelder hele befolkningen, blir man i tillegg en del av en stor gruppe – risikogruppen, og fellesskapsfølelsen blir bevart. Risikoen for å bli overrumplet av sykdom gjelder alle, og helsetilbudene tar vare på samtlige. Det siste gjelder særlig masseundersøkelsene, der store grupper deltar og gjerne på samme tid, men også individuelle undersøkelser. Undersøkelser for blant annet blodtrykk og kolesterol utføres enkeltvis, men kan bidra på samme måte. Man blir ivaretatt på tross av at man i utgangspunktet er frisk, og kontrollene er av en slik type som store deler av befolkningen gjennomgår. Et tegn på det samlende i dette er at de respektive blodtrykksverdier – eller andre alminnelige helsetilstander – kan være vanlige

---

<sup>276</sup> Chamberlain, Jocelyn M., 1984

samtaleemner i befolkningen. Selv om slike undersøkelser ikke er foretatt som del av et organisert program, er de så alminnelige at store deler av populasjonen har vært gjennom dem. Man vil dermed kunne finne et fellesskap i at man deler risikoen, forventningene til helsetjenesten, og eventuelt medisineringen. Slik kan denne formen for undersøkelser og helsetjeneste likevel ha en funksjon som en overbygning som kan lindre ubehaget, ved at man står samlet, men også ved å håndtere kildene til ubehag.

Kritikernes innvending om at friske mennesker blir del av helsetjenestens virkeområde, vil i denne sammenhengen kunne gi den gruppetilhørighet som er nødvendig for å lindre ubehaget, og ikke rammes av kritikken.

#### **Problemstilling: når behandlingen skader**

Et annet argument kritikerne presenterer, er at denne type undersøkelser avdekker sykdom som enten ikke kan behandles eller ikke vil gi utslag i pasientens levetid. Det man oppnår, er at man går på medisiner uten nødvendigvis å få forlenget livet eller endret livskvalitet. Spørsmålet er når undersøkelsen i seg selv er til skade, eller der behandlingen er til direkte skade for den enkelte.

Et mye brukt eksempel på undersøkelser som kan resultere i unødvendig medisiner og inngrep, og som påpekes fra medikaliseringskritikernes side, er undersøkelser for prostatakreft hos menn (se kap. 1.2). Prostata er den vanligste kreftformen hos menn, og på grunn av økningen av antall eldre er antall tilfeller stigende.<sup>277</sup> Men kreftformens utviklingsforløp går relativt langsomt, og de som befinner seg i risikogruppen, vil ofte ikke få symptomer på sykdommen i sin levetid i det hele tatt. I dag er det altså flere menn som dør *med* prostatakreft enn *av* prostatakreft.<sup>278</sup> Presymptomatisk diagnostisering av denne kreftformen vil dermed ikke nødvendigvis gi bedret overlevelse, ettersom det ikke er en hyppig dødsårsak, men heller et lenger sykdomsforløp.<sup>279</sup>

---

<sup>277</sup> Senter for medisinsk metodevurdering: "Screening for prostatakreft. Dokumentasjonsgrunnlaget for den helsemessige effekten ved rutinemessig screening", SMM-Rapport nr. 3/1999

<sup>278</sup> Ibid.

<sup>279</sup> Chamberlain, Jocelyn M., 1984

I Norge er det foreløpig ikke trukket noen konklusjon på hvorvidt denne typen undersøkelser skal anbefales som masseundersøkelse og/eller rutineundersøkelse. Det er blitt en stadig tilbakevendende debatt som har pågått i ti år, men uten konklusjon<sup>280</sup>. Dette skyldes langt på vei at det er vanskelig å evaluere verdien av undersøkelsene: En eventuell effekt av kurativ behandling blir klart først etter 10–15 års behandling. I den grad man har resultater av evaluering, er tallene usikre, men det er sterke argumenter imot. Av nyere forskning refererte Tidsskrift for Den norske lægeforening nylig til to nye undersøkelser hva prostatacreening angår, fra henholdsvis USA og Europa.<sup>281</sup> Begge studiene støttet antakelsen om at overbehandling var utbredt, og at det i USA ikke ble funnet noen helsegevinst av screening, og fra Europa ingen reduksjon i dødelighet.

Undersøkelser for prostata er et godt eksempel på en presymptomatisk undersøkelse der den kliniske verdien er uklart, men som i henhold til resonnering over likevel kunne forsvares i den grad mennene følte seg ivaretatt og fikk ubehaget lindret. Selv om sykdomsforløpet blir lenger, er ikke dette nødvendigvis uheldig hvis det gjør at den enkelte føler seg ivaretatt og at man opplever kroppen og naturen kontrollert. Man griper inn i et sykdomsforløp og intervensjoner. I tillegg etableres en gruppe av risikanter som definerer identitet, i dette tilfellet alder og kjønn.

Det som skiller dette eksempelet fra dem som er drøftet tidligere, er at det kan gjøre direkte skade og ha en rekke uheldige og betydelige bivirkninger som urininkontinens, ereksjonssvikt, vannlatningsbesvær og tarmsymptomer.<sup>282</sup>

Spørsmålet blir om lindring av ubehaget kan veie opp for disse bivirkningene.

I dette eksempelet behøver ikke konklusjonen være kategorisk, ettersom det er flere måter å angripe denne krefttypen på. For prostata gjelder kurativ behandling (prostatektomi (kirurgisk behandling) og stålebehandling), alternativt ingen behandling, men tett oppfølging ("active surveillance"). Man antar at denne typen

---

<sup>280</sup> Ørstavik, R.: "Screening for prostatakreft – igjen", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 129:1616/2009

<sup>281</sup> Ibid.

<sup>282</sup> Johansen, Truls E. Bjerklund: "Radikal behandling av prostatakreft i Norge", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1658–60/2005



behandling ikke nødvendigvis vil føre til kortere overlevelse.<sup>283</sup> Likevel kan intervensjon ha sidevirkninger, uansett hvilken type det er – fysiske bivirkninger ved inngrep, bekymring ved kun oppfølging.

Men også det å være syk og behandlingstrengende kan i seg selv være en faktor som kan lindre ubehaget. På tross av behandlingens omkostninger og sykdommens alvorlighetsgrad kan det å få klarhet i usikkerhet være en lettelse. Petr Skabanec skriver:

“A benign diagnosis is a very important part of reassurance. Pain which does not have an obvious and recognisable cause needs to be explained. It is more often this need for explanation than the severity of pain which leads people to seek professional help. A simple and benign diagnosis or explanation provides powerful and effective reassurance. 'It is only a slight strain, there is no question of arthritis'. ”<sup>284</sup>

Slik kan vi også forstå det å faktisk få en diagnose som en måte å lindre ubehaget på, ettersom det kan være lettere å leve i sikkerhet enn det motsatte.

Gruppen som har risiko for kreftformen som nevnt over, og de som er rammet, kan i henhold til resonnementet om lindring av ubehaget tenkes å kunne håndtere ubehaget bedre ved denne type undersøkelse. At sykdomsforløpet blir lenger, kan i denne sammenhengen ha en positiv betydning fordi den som overbygning blir mer omfattende.

Slutningen blir så langt at hvis behandlingen har liten eller positiv effekt og derimot små sideeffekter, vil den i henhold til resonnementet kunne forsvares. I den grad behandlingen selv gjør skade, vil ikke slutningen være like opplagt fordi man må veie skadevirkningene av behandlingen opp mot ubehaget. Men i prinsippet vil tidlig diagnostikk og behandling være til det gode for kulturmenneskets ubehag, på tross av skadevirkninger. Tiltroen til at man skal bli frisk – og dermed håndtere kildene til

---

<sup>283</sup> Kvåle R; Skarre E; Tønne A; Kyrudalen AE, Norstein J; Angelsen A; Wahlquist R.; Fosså SD: ”Kurativ behandling av prostatakreft i Norge i 1998 og 2001”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 126:912–6 /2006

<sup>284</sup> Skrabanek, Petr; James McCormick: *Follies and fallacies in medicine*, “Diagnosis and Labelling” (kap. 3), 1998 (1989)

ubehag – vil ifølge resonnementet veie tyngre enn eventuell risiko og ulemper. I tillegg vil det å vite i det hele tatt være en lettelse.

### **Er risikogruppen stor nok?**

Den motforestillingen som blir gjeldende her, vil altså ikke angå selve undersøkelsens karakter og ulemper, ettersom den fyller kravene til å forsøke å holde både kroppen og naturen under kontroll. Om man mestrer det eller ikke, vil ikke være avgjørende, og selv om man vil se at sykdommen likevel er sterkere, har kulturmennesket gjort et fremstøt. I den grad denne konkrete sykdommen og angrepsmåten ikke har potensial til å lindre ubehaget, er det fordi omfanget av den er for lite. Et premiss for at noe skulle ha betydning for ubehaget, var at det måtte gjelde en større gruppe. Hva prostatakreft angår, er det to momenter som kan drøftes i den forbindelse: at sykdommen gjelder menn eksklusivt, og dessuten en bestemt aldersgruppe. Dette kan gi den følelsen av fellesskap som er av betydning fordi det er en definert gruppe. Men sykdommens utstrekning taler mot at den skulle kunne ha en slik funksjon, ettersom den faktisk ikke er omfattende. Ifølge tall fra Krefregisteret ble det i 2008 registrert 4168 tilfeller av prostatakreft. Antall dødsfall, derimot, var 1070 – hvilket betyr at omtrent  $\frac{3}{4}$  overlever sykdommen.<sup>285</sup> Også generelt er hjerte- og karsykdommer en mer forekommende dødsårsak enn kreft for menn. Ifølge SSB ligger dødelighetstallet av hjerte- og karsykdommer for menn 2008 på 6601, mens 5675 døde av ulike svulster.<sup>286</sup> Tallene støtter opp om at diagnostisering ikke nødvendigvis forlenger levetiden, ettersom man dør av andre sykdommer, og heller ikke at fellesskapsfølelsen styrkes, ettersom det ikke angår så mange som antatt.

Et annet moment er at hva som regnes som risikogruppe, ikke er fast. Den vanligste forståelsen av denne er som over, men det er argumenter for at denne skal endres.

I en artikkel i BMJ argumenteres det for at undersøkelser av gruppen hittil nevnt burde opphøre, og at risikogrupper heller skal regnes ut fra familiehistorie og

---

<sup>285</sup> <http://www.krefregisteret.no>

<sup>286</sup> For kvinner er tendensen enda klarere: dødsårsak hjerte/kar: 7534, mens ondartede svulster sto for 4957 dødsfall. (Kilde: SSB.no)

konkrete verdier i kroppen. Etnisitet kan også være en faktor som er antydnet som interessant, selv om dette ikke er utredet.<sup>287</sup>

Dermed vil tilhørighet til risikogruppen som er nevnt her, altså menn i den aktuelle aldersgruppen, være stabil, ettersom den vil være bestemt av den til enhver tid gjeldende definisjon.

Likevel illustrerer eksempelet hvordan medikaliseringens kritikernes argumenter kan benyttes motsatt, nemlig ved å danne et fellesskap og en overbygning over dem som undersøkes og blir en del av helseomsorgen – om man er syk eller ikke. Også undersøkelser for prostata kan – på tross av sin relativt lave trussel – være et styrkende element mot ubehaget, nettopp fordi det angår hele den aktuelle populasjonen og det ikke kreves annet enn å være mann – ikke å være syk. Selv om alvorlighetsgraden av sykdommen ikke er så høy, kan likevel sykdommens og behandlingens rolle være av betydning. Undersøkelsesformen, frykten og avklaringen etter en undersøkelse kan på den måten lindre ubehagets kilder; kroppens svakheter blir ivaretatt og styrket, og slik blir også naturen kontrollert.

#### **Medikalisering: ikke nødvendigvis negativt**

Dermed vil medikaliseringens kritikernes påpekninger om at det var blitt stadig mer normalt å benytte seg av helsetjenester enn det motsatte, fremdeles være gjeldende, men nå vil det ikke ha en negativ betydning. Fra et omvendt perspektiv vil mer medisinerings av befolkningen snarere ha en positiv effekt for den enkelte ved å forstås som en måte å bli ivaretatt av helsetjenesten på. Det kan være et tegn på at kulturmennesket faktisk håndterer kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt.

Kritikerne påpekte belastningen ved å måtte komme tilbake til etterundersøkelser selv om det kan hende ikke ville være nødvendig. I perspektivet som er presentert her, vil en slik annengangs undersøkelse understreke at man blir ivaretatt og gjøre en beroliget, og heller styrke praksisen som et lindrende middel.

---

<sup>287</sup> Andriole, Gerald Jr.; "Screening for prostate cancer. PSA testing should be tailored to individual risk", BMJ 2010; 341:c4538

På spørsmålet om det samme gjelder hvis den gir skade, vil svaret være mindre kategorisk, da det blir en avveining om lindring av ubehaget veier opp for bivirkningene.

### **Folkeaksjon og felles kamp samler folket**

Det er et enda sterkere trekk ved kreftsykdommen generelt som gir den potensial til å fremme en slik overbygning som er nevnt, nemlig at den angår hele befolkningen på tross av den ikke er smittsom. I kapittel 6 viste jeg at kreft ble mer utbredt, men at befolkningen i liten grad var oppmerksom på sykdommen. Men etter hvert som at velferdsstaten og helsetjenesten blir en mer etablert institusjon i samfunnet, blir også kreftfaren mer sentral. Den er en reell trussel for absolutt hele befolkningen, og som derfor involverer alle. Dette skyldes at celledeling, som er kreftsykdommens karakteristisk, kan skje i en rekke ulike organer. "Kreft" er dermed en rekke ulike sykdommer, og selv om den ikke er smittsom, er hele befolkningen utsatt for denne sykdommen. Der tuberkulosen angikk hele folket fordi den var smittsom, vil også kreft angå hele populasjonen; ikke fordi den er smittsom, men fordi alle har en risiko for å bli rammet. Som grunnlag for en fellesskapsfremmende sykdom som danner en overbygning, vil kreft ha minst like stor betydning som tuberkulose. Felles løft, folkeaksjoner og innsamlinger forteller at dette angår hele folket.

"Smitte" som element for fellesskap er dermed ikke nødvendigvis et krav for det fellesskapet jeg mente var nødvendig for at det skulle dannes en overbygning for kulturmennesket. Det er tilstrekkelig at hele folket er utsatt for sykdommen fordi man for det første lever i samme risiko, og for det andre blir ivaretatt på lik måte.

På samme måte som med tuberkulosen vises kulturmenneskets manglende kontroll over kroppen og naturen. Men som lindrende middel kan tiltak og bekjempelse av sykdommen utgjøre et samlende element, som igjen gjør sykdommen til et egnet middel mot ubehaget.

### **Avleder eller demper?**

Konklusjonen på resonnementet over blir at i den grad kreftfaren oppleves håndterlig, kan undersøkelser og tidlig diagnostikk virke lindrende på ubehaget fordi det gir

følelsen av å håndtere naturens overmakt, og kroppens svakhet. I tillegg vil det styrke de menneskelige forhold i å etablere solidaritet og å samles om et felles prosjekt.

Spørsmålet som gjenstår, er hvorvidt den overbygningen den nye helsepraksisen ga, og behandlingen av symptomfri sykdom, var et lindrende middel i kraft av å dempe ubehaget eller avlede fra det.

Premissene for at noe skulle være et lindrende middel, var at det enten trakk oppmerksomheten bort fra ubehagets kilder – mangel på evne til å kontrollere kroppen og naturen – eller lot kulturmennesket være oppmerksom på kildene, men likevel kunne greie å håndtere det.

I denne sammenhengen vil jeg argumentere for at ubehaget blir dempet. Betingelsen vil være at de ulempene en undersøkelse måtte medføre, blir kommunisert, og at den enkelte får et valg. I Norge har fagmiljøene vektlagt nettopp dette; at symptomfrie menn som ønsker en test for denne krefttypen, skal få grundig informasjon om både diagnostiske og terapeutiske konsekvenser et eventuelt funn kan påføre ham.<sup>288</sup>

Grunnen til at det kan være et lindrende middel og dempe ubehaget fremfor å avlede fra det, er at det gjelder hele populasjonen, og det er grep som viser at man er blitt en del av kulturen.

Kulturmennesket vil fremdeles ikke beherske kildene til ubehag, og vil dermed ikke bli lykkelig. Men ubehaget er dempet.

---

<sup>288</sup> Fosså, S.D.; Høisæter, P.Å.: "Screening for prostatakreft i Norge", Norsk Epidemiologi 2001; 11 (2): 147–152)

## ***Kapittel 8 Oppsummering***

I denne delen har jeg vist hvordan ett sykdomsbilde tok over for et annet, og hvordan det nye ikke kunne fylle rollen i forhold til det ubehaget kulturmennesket erfarte. De nye ikke-infeksjonssykdommene, her eksemplifisert med kreft, gjorde folk oppmerksomme på sin skrøpelighet, men mangler det fellesskapsdannende ettersom det ikke er smittsomme sykdommer som truer. Det gjorde at der tuberkulosen skapte et skjebnefellesskap eksempelvis gjennom tvungne undersøkelser, blir det opp til den enkelte under kreftfaren å la seg undersøke. Det er ingen overordnet instans som tar ansvar og betrygger.

I kapittel 4 viste jeg potensialet i at en politisk institusjon – her det som siden skulle bli velferdsstaten – kunne ha en funksjon som middel til å lindre ubehaget, men konkluderte der med at den ikke var tilstrekkelig etablert. Som velferdsstaten likevel blir etablert utover siste del av 1900-tallet, var potensialet sterkere. Med den kom lovnader om å ta vare på befolkningen, og i denne sammenhengen var det helsetjenesten jeg vektla. Jeg hadde tidligere vist at kreftsykdommen i seg selv, og den stillingen den fikk i samfunnet, ikke kunne ta rollen som et lindrende middel slik tuberkulosen hadde gjort. Men spørsmålet om den nå likevel kunne ha en rolle i forhold til ubehaget, ble drøftet. Det ville da ikke være som sykdom i seg selv, men som utgangspunkt for en behandling og en kultur som vokste frem omkring den.

Denne kulturen var det som tidligere var definert og omtalt som medikaliseringkulturen. Nå ble medikaliseringen av samfunnet og kulturen sett på som noe positivt, ettersom det berørte hele befolkningen, det førte til et fellesskap og noe alle var opptatt av. Bekymringskulturen knyttet til helse- og sykdomsspørsmål vil kunne fungere som den overbygningen, den fellesnevner som kulturmennesket har behov for når det skal leve med ubehaget.

På spørsmål om hvilken type lindrende middel denne fremstår som, vil dette være i form av en demping av ubehaget. Man ble ikke forledet til å tro eller gjøre noe, man foretok egne valg. Helsetiltakene – om de var nyttige eller ikke – var iverksatt i humanismens ånd, og viste at kulturmennesket var etablert og hadde tilpasset seg

kulturen. Ubehaget ville ikke bli borte, og vi ville fremdeles ikke være lykkelige – men det ville bli lettere å bære.

### **Neste del**

Til nå har drøftingene i avhandlingen kretset omkring diagnostikkens mulige tilleggsbetydning og helsetjenestens ulike praksiser og sykdomskulturer sett i forhold til kulturmenneskets prosjekt: å holde ut ubehaget.

Det er imidlertid to forutsetninger som til nå ikke er drøftet, nemlig at det faktisk finnes et slikt ubehag som må lindres, og at medisinen har en slik autoritet som gjør dette mulig.

I neste del vil jeg trekke problemstillingen videre og drøfte om ubehaget enten ikke er til stede i det hele tatt, eller ikke er så sterkt at det må lindres, og følgelig om det virkelig er behov for lindrende midler. Som eksempel vil jeg ta utgangspunkt i ulike tendenser i mellomkrigstiden.

Deretter vil jeg drøfte om medisinen har den autoriteten som er forutsatt til nå for at den skal kunne ha betydning for det eventuelle ubehaget.





# Del V

*Var kulturmennesket så preget av ubehaget, og kan helsetjenesten bidra til autonomi?*



## ***Kapittel 9 Var religionen så viktig og ubehaget så sterkt?***

### **1. Forutsetningene endres og nye spørsmål fremmes**

I kapittel to argumenterte jeg for at kulturmennesket erfarte et konstant og vedvarende ubehag, slik Freud hevdet i sin bok *Ubehaget i kulturen*. Jeg sluttet meg til påstanden om at man alltid ville søke lindrende midler for å gjøre ubehaget til å holde ut. Jeg sluttet meg også til antakelsen om at religionen en gang hadde hatt en slik funksjon i forhold til ubehaget, og slik hadde hatt en avgjørende betydning for kulturmenneskets evne til å holde ut. Imidlertid hevdet jeg at den allerede på den tiden vi gjerne omtaler som opplysningstiden, ble svekket og mistet sin betydning som kulturell overbygning og lindrende middel mot ubehaget. Jeg argumenterte for at tapet var dramatisk fordi det hadde vært en overordnet, stabil og bestandig støtrelse som lindret det ubehaget kulturen påførte mennesket. Deretter drøftet jeg i hvilken grad ulike helsetjenester kunne ha effekt på ubehaget i vår tid, og i tilfellet på hvilken måte.

Resonnementet hviler imidlertid på to premisser. For det første at kulturmennesket virkelig er rammet av et slikt ubehag som til nå er forutsatt, og at svekkelsen av religionen virkelig hadde dramatiske konsekvenser. Det andre premisset er at medisins autoritet er så sterk at den vil kunne påvirke individet i så stor grad.

Men for å utfordre denne teorien, må spørsmålet stilles om det ikke kunne være motsatt: at religionens fravær ikke ga forsterket ubehag, men snarere medførte lettelse og åpnet for å hente frem potensialet til autonomi. Dette begrepet ble innledningsvis definert som en ekvivalent til Nietzsches idé om det frie mennesket, der forutsetningen er at kulturmennesket faktisk kan overkomme ubehaget og leve uten lindrende midler. Hvis dette var sannsynlig, kan det tenkes at fraværet av et så sterkt lindrende middel som religionen faktisk ikke lot kulturmennesket synke tilbake i en tilstand av ubehag, men heller ble fri fra ubehaget og kunne leve i frihet – som autonome mennesker uten behov for lindrende midler av noe slag.

I dette kapittelet skal jeg drøfte den første problemstillingen, graden av ubehag kulturmennesket står overfor i det hele tatt – også etter at religionen gikk tilbake. I

neste kapittel, kapittel 10, skal jeg drøfte medisins autoritet og muligheten for at kulturmennesket fremfor å støtte seg til – eller underlegges – den, kan heve seg over den og benytte den i prosjektet med å styrke sin eventuelle autonomi.

### **Kunne svekkelsen av religionen være en lettelse?**

Jeg argumenterte med at religionen som universell autoritet ble betydelig svekket i høymiddelalderen. Denne perioden går også under betegnelsen ”den mørke middelalder”. Sult, fattigdom og sykdom var utbredt, epidemier herjet. Man regner med at svartedauden alene skal ha redusert Oslos befolkning med 80 prosent i årene 1350–1400.<sup>289</sup> Levekårene kunne være svært vanskelige, og religionen og dens forvaltere gjorde det i mange tilfeller ikke bedre. Det var en til tider korrumpert kirke som forvaltet religionen, og splid internt i kirken gjorde at dens autoritet vaklet.<sup>290</sup> De la strenge bånd på befolkningen, og menn og kvinner ble i ytterste konsekvens brent på bålet etter vage mistanker om kjetteri. Inkvisisjonen straffet dem som ikke fulgte den rette lære.

Jeg vil nå hente tilbake den romerske poeten Lucretius’ frase sitert i kapittel 2.3: *Tantum religio portuit suadere malorum – religionen fører til så mange ulykker* (Lucretius, I, 101). Der viste jeg hvordan sitatet kunne leses som at det ville være en ulykke om religionen ble borte eller dens autoritet ble redusert. Ulykken i den sammenheng var at man hadde gjort seg avhengig av en overordnet og positiv størrelse. Hvis religionen ble borte eller kraftig svekket, ville ikke mennesket lenger ha noen ramme omkring tilværelsen, og man ville ikke lenger ha noen midler som lindret ubehaget. Når religionen brakte ulykke med seg, var det på bakgrunn av at den var en positiv og oppbyggelig størrelse for menneskene.

Ved å snu perspektivet kan frasen leses med utgangspunkt i den hensikt den en gang hadde. For om han refererer til de romerske gudene, hadde kristendommen i høymiddelalderen ført med seg en rekke konflikter og ulykker, og frasen ville for mange vært relevant også da. Man kan ha sett at troen ikke flyttet sten, og at elendigheten ikke ble mindre under et kirkelig trosregime. Når den kristne autoritet ble svekket, er det ikke gitt at alle opplevde det negativt. Tvert imot kan religionen ha

---

<sup>289</sup> Brøgger, Jan: *Epidemier. En natur- og kulturhistorie*, 2002, s. 38

<sup>290</sup> McGrath, Alistair: *The Intellectual Origins of the European Reformation*, 1995 (1987), kap. 2

blitt sett på som en representant for så mye negativt at dens fravær som autoritet ville være en lettelse.

Svekkelsen av kristendommen som en overbygning for kulturmennesket, og tapet av et lindrende middel, behøver dermed ikke å ha vært så dramatisk som hittil forutsatt. Uten sterke autoriteter, straff, trusler og strenge påbud kunne kulturmennesket ha mulighet til fritt å utvikle sine potensielle kvaliteter.

Påstanden om at selve overgangen fra ett tankesett til et annet var så dramatisk, kan også modereres. For selv om kristendommen som institusjon og forvalter av troen ble svekket, ble ikke nødvendigvis mennesket verken ensomt eller rådvilt. Alistair McGrath argumenterer for at overgangen fra et kristent til et verdslig tankesett ikke var så dramatisk, ettersom verdiene ikke nødvendigvis sto mot hverandre. Han viser til at det ikke bare var vitenskapens fremvekst som representerte overgangen fra en periode til en annen, men også humanismens fremvekst. Humanismen vokste frem, men var ikke nødvendigvis motstander av religionen, ettersom de to syn ikke sto mot hverandre:

”The profane and the Christian existed side by side in the renaissance, both laying claim to be “humanists”.”<sup>291</sup>

Han påpeker også at humanistene var kristne som selv oppfattet at de jobbet innenfor den kristne og kirkelige konteksten. De kristne tekstene ble fremdeles lest, og var fremdeles sentrale, men man la en annen betydning i dem.

”Thus the new Testament was read, not as the basis of an intellectually comprehensive and logically consistent theological system, but as the record of the early christian experience given in a specific literary and historically form.”<sup>292</sup>

Han slutter at dette var reformasjonens intellektuelle bakgrunn, som ikke hadde til hensikt å nedkjempe kirken.

---

<sup>291</sup> Ibid. s. 36

<sup>292</sup> Ibid. s. 39

I praksis var det heller ikke slik at alt endret seg dramatisk. For selv om forklaringene var endret, var ikke nødvendigvis leveregler, retningslinjer og verdier det. Charles Taylor er enig i at naturvitenskapen overtar som grunnleggende forklaring, men troen lever fremdeles. Nå handler den mer om meningen med livet og følelsen av Guds kjærlighet.<sup>293</sup> Religionen som altovergripende imperativ var endret, men uten at kulturmennesket ble plaget. Tvert imot kan det tenkes at religionens mørke sider var borte, og det som sto igjen, var en essens som var til det gode.

Med dette nye utgangspunktet – at konsekvensene av religionens svekkelse ikke var så dramatiske som antatt, kan hende også en lettelse – vil jeg undersøke om forholdene lå til rette for å styrke den enkeltes autonomi. Jeg vil benytte de samme eksemplene som tidligere, men nå med utgangspunkt i at kulturmennesket ikke er plaget av ubehaget, og er i besittelse av autonomi.

## **2. Kulturmenneskets perfeksjon dyrkes: tegn på sterk autonomi og avstand til naturmennesket**

I kapittel fire viste jeg flere eksempler på helseundersøkelser som ble gjort på større populasjoner, men som ikke kunne regnes som et lindrende middel mot ubehaget. Eksempler var *marsrevyene* (se kap. 4.3), et omfattende prosjekt fra 1919, der skolebarn ble veiet og målt, og undersøkelsene fra 1933 av barn med feilfrie tenner. Begge undersøkelser gikk i hovedsak ut på å kartlegge og å skaffe oversikt, ikke nødvendigvis finne avvik eller reparere.

Selv om mange deltok i disse prosjektene som til syvende og sist ville komme befolkningens helse til gode, mente jeg det ikke var tilstrekkelig for å kunne ha en funksjon som et lindrende middel. Undersøkelsene ivaretok ikke den enkeltes helse i tilstrekkelig grad til at man skulle føle seg beskyttet og tatt hånd om, og til dermed å vise menneskets overmakt over kroppen og naturen. Fordi den ikke berørte den enkelte, og heller ikke nødvendigvis la grunn for noe fellesskap eller var en overbygning, sluttet jeg at denne type helsetjeneste ikke hadde noen effekt på kulturmenneskets ubehag.

---

<sup>293</sup> Taylor, Charles, 2007 s. 327–329

Men med endrede forutsetninger, at kulturmennesket faktisk ikke erfarer noe ubehag, kan konklusjonen bli annerledes. Når spørsmålet ikke lenger er om helsetjenestene kan lindre et ubehag, men snarere bidra til å styrke autonomien, kan denne type helsetjeneste likevel ha en funksjon. Undersøkelsene og praksisen med det helseforebyggende arbeidet kan nå ses på som en måte å oppnå perfeksjon og å dyrke kulturmenneskets kvaliteter på.

Et eksempel som kan illustrere dette, er fra en omfattende helsekontroll av i alt 3845 mennesker i alderen 10–65 år, gjennomført i Oslo i perioden 1920–27.

Man gjennomgikk en rekke tester der blant annet kroppsbygning, lunger og kretsløpsorganer ble undersøkt. Her var det ikke normalitet som skulle undersøkes; formålet var å sile ut dem som skulle frarådes å drive idrett, eller som man formulerte det:

”(...) tilraadet forsigtighet under træning av forskjellige grunder som organisk hjertefeil, akute og kroniske sygdommer, spæd legemsbygning, skader, benbrud o.s.v.”<sup>294</sup>

Begrunnelsen for undersøkelsene var å ivareta de svake, samt å skåne dem som ikke egnet seg og kanskje kunne ta skade av øvelsene. Men med nye forutsetninger vil selv undersøkelser gjort med uttalte formål om å ivareta de svakeste nå kunne tolkes til å skulle dyrke de beste. Ved å sile ut de svake består den resterende gruppen av kulturmenneskets sterkeste, som kan utvikle og styrke autonomien

Dette kan tolkes dit hen at de to kildene til ubehag var overvunnet: Man var ikke lenger underlagt naturen, ettersom man nå mestret den – og fordi måten å mestre den på var gjennom helseforebyggende tiltak var også kroppens svakheter og skrøpeligheit under kontroll.

Hvis kulturmennesket ikke erfarer et ubehag, kan denne type undersøkelse være eksempel på å dyrke det perfekte, demonstrere kulturmenneskets evner og å sørge for

---

<sup>294</sup> Jervell, Otto: ”Om bedømmelse av fysisk duelighet ved underøkelse av idrætsmænd”, Tidsskrift for Den norske lægeforening 165–179/1927

autonomi. En slik tolkning vil vise at kulturmennesket ikke er på flukt fra sin skjebne, men snarere er i ferd med å styrke den.

### **Hypotesen styrkes av tendenser for øvrig**

En slik hypotese styrkes ved å se på tendenser i kulturen for øvrig. Mye tyder på at etterkrigstidens kulturmenneske faktisk ikke var så plaget av ubehag, men heller var tilfreds med sin status i kulturen og ikke hadde noen lengsel tilbake til naturen. Snarere dyrkes kulturen de er en del av.

Denne antakelsen kan underbygges med at noe av det som sto sentralt for kulturmennesket, var *dannelse*, som jeg vil hevde er typisk for kulturmennesket. En illustrasjon på det siste er et eksempel fra barneoppdragelsen i det tidsrommet som drøftes, altså annen halvdel av 1900-tallet. Nå blir normer for barneoppdragelse og oppfordring til eksemplarisk oppførsel lansert, og Margrethe Munthe er en av dem som best assosieres til arbeidet med å formidle dette til den oppvoksende slekt: Edle mennesker hadde høy moral. Hun er kjent for det vi i dag oppfatter som moralistiske sanger og vers som maner til god oppførsel, fornuft og lydighet, folkeskikk og disiplin – slikt som i denne sammenhengen vil være typiske tegn for kulturmenneskets adferd.

#### **Lua av**

Nei, nei gutt,  
dette må bli slutt!  
Ikke storme inn i stua  
før du har fått av deg lua!  
Glemte du det rent?  
Det var ikke pent.

Husk å ta  
alltid lua a!  
Ikke kast den, ikke sleng den,  
pent og rett på knaggen heng den!  
Tørk av foten din  
og gå stille inn.

En av Margrethe Munthes barnesanger



Dette kan leses som en oppfordring til at kulturmenneskets dannelse skulle fremheves, og dermed avstand til naturen og det usiviliserte. Det moralistiske og snusfornuftige skulle føre til dannelse og et sivilisert folk.

Snarere enn å kues av et ubehag og stadig måtte søke lindrende midler viser kulturmennesket evne og vilje til å dyrke det sterke og å fremme sin egen integritet og styrke. Menneskets uregjerlighet og naturens orden var håndtert og kontrollert. Kulturmennesket hadde avfunnet seg med sin skjebne – og dyrket den.

Det samme blir illustrert av at folket skulle formes og dyrkes; ikke bare barna, men også kvinnene. Gymnastikkens popularitet er et eksempel på dette. Til nå hadde gymnastikk foregått på menns premisser; og gjerne med utgangspunkt i militære behov. Nå ble imidlertid oppfordringen om fysisk fostring rettet også mot kvinner og barn. Et eksempel er boken *Hjemmegymnastikk* fra 1927, der målgruppen nettopp er kvinner. Forfatteren av boken, Agnethe Bertram, ville forme det hun kaller en særskilt gymnastikk for piker. Det var to hensikter med boken: Ved siden av å instruere i øvelser som styrker kroppen og fremmer helsen, skulle den oppøve dannelse og fremme kvinneligheten:

”Saa sætter man sig paa gulvet. Men hvorledes sætter man sig? (...) Sæt Dem for det første aldrig lige pladask ned, hvor De staar. Har De nogensinde set et dyr lægge sig uden forberedelse? Men tag et skridt frem, idet De bøyer Dem forover, sving det andet ben frem, mens det første bøjes og sæt Dem.”<sup>295</sup>

Å uttrykke det kvinnelige og estetisere bevegelser er altså noe av hovedpoenget ved å utføre denne formen for øvelser, uten at det står i motsetning til å få en helsemessig gevinst:

”(...) Det bliver altsaa ogsaa et æstetisk spørgsmaal. Men er der nogen anatomisk-fysiologisk grund til at beholde æstetisk forkastelige stillinger og bevægelser? Nej, man kan paavirke de samme led og muskelgrupper ligesaa meget i æstetisk forsvarlige øvelser.”<sup>296</sup>

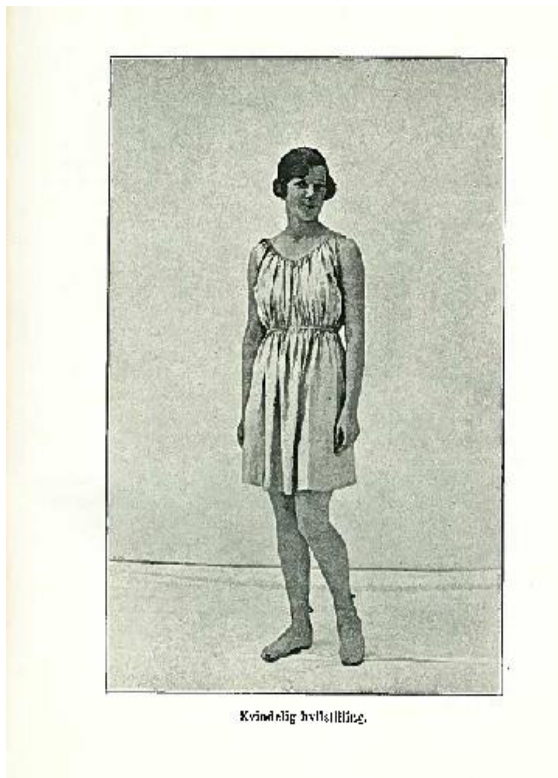
---

<sup>295</sup> Bertram, Agnete: *Hjemmegymnastikk*, 1927, s. 18

<sup>296</sup> Ibid. s. 14–15

Det later til at oppmerksomhet omkring å ivareta sin egen helse og styrke sine fysiske forutsetninger hadde høy prioritet, og en stor mengde litteratur som omhandlet helse og velvære ble publisert. Særlig kvinner og hjemmeværende ble oppfordret til en livsstil som var sunn og helsebringende. Oppmerksomhet ble også gitt til grunnene for at man hadde ulike forutsetninger for god helse.

Disse eksemplene illustrerer hvordan kulturmennesket dyrker og fremmer sin perfektjon, det dannede og siviliserte.



”Kvindelig hvilestilling” fra Agnete Bertrams bok *Hjemmegymnastikk*

Det er ikke bare fremtreden og oppførsel i seg selv som tydeliggjør at man er en del av kulturen. Jeg begrenset tidligere kulturmennesket til å være vestlig og ha kristen opprinnelse. Hvis en gruppe skal hevde sin suverenitet, vil det være effektivt å stille seg opp mot andre grupper der kontrasten blir tydelig, og jeg skal vise to eksempler på hvordan kulturmennesket, ved hjelp av å opprette avstand til naturen, opphøyer

seg selv og gjør sin perfeksjon tydeligere. Det ene er møtet med andre folkeslag, det andre viser oppfatninger av kvalitetsforskjeller mellom den hvite rasen innbyrdes. Slik blir det autonome mennesket en mindre og avgrenset gruppe, og ytterligere perfekt i kontrast til andre

### **Andre folkeslag**

Oppfatningen av seg selv som høyerestående kommer godt frem i møte med andre folkeslag, og en god illustrasjon på det er en populær genre innen litteraturen i første del av århundret, nemlig reiseskildringene. Vi følger oppdagelsesreisende av vestlig herkomst, og måten de omtaler og treffer innfødte på, demonstrerer den vestlige rases idé om å være overstående. Av mange slike utgivelser vil boken *Safari* være et eksempel på dette. Boken ble utgitt i norsk oversettelse i 1937, der Martin Johnson forteller om hans reise i jungelen på Malaihalvøya sammen med sin kone. Hensikten var å dokumentere det uberørte liv i Afrika gjennom film, slik at ”kommende slekter kunde få et virkelig inntrykk av det mens det ennå hadde sitt oprinnelige preg”.<sup>297</sup> På reisen får de hjelp av ”innfødte” til å komme seg frem, og til å bygge opp en leir etter de standarder de ønsker.

Gjennom boken omtales afrikanerne som laverestående, sjelden negativt, men med en selvfølgelighet jeg mener er et godt eksempel på at synet på den hvite rases fortreffelighet er alminnelig og allment akseptert. En god illustrasjon er da safarien blir overrasket av en hær av samburuer og det beskrives slik:

”Det så temmelig nifst ut, og den som var ukjent med de afrikanske villmarker vilde nok ha vært redd for livet. Men om disse folkene så faretruende ut, så visste vi at det ikke var noen fare på ferde. De svarte angriper sjelden en hvit mann. Alle stammer synes å anerkjenne den hvite rases overlegenhet, ofte i så høi grad at de nesten forakter den hvite mann hvis noe mislykkes for ham. Og allikevel er det som om de ikke er synderlig imponert av de mirakler som den hvite herre og mester kan gjøre. Flere ganger, når jeg har sett innfødte stå overfor et lokomotiv for første gang, har jeg vært spent på hvorledes de vilde reagere, og så har de nesten ikke brydd sig med å se på vidunderet engang. Det skyldes kanskje at de var

---

<sup>297</sup> Johnson, Martin: *Safari*, 1937, s. 6

vant til automobilene mine og det elektriske trolldomslyset og simpelthen mente at alt var mulig for bwana, mesteren.”<sup>298</sup>

Forskjellen mellom de ulike rasene formidles med en tilforlatelighet som tyder på at oppfatningen ikke var ekstrem eller skilte seg fra det alminnelige. Det er også en illustrasjon på hvem som har potensial til det perfekte. Så lenge det er den som definerer hva autonomi egentlig er, vil det være de hvite og vestlige, de kultiverte, som erfarer ubehaget og som må finne lindringer – eller autonomi.

Det må legges til at bildet ikke er entydig, og det var også eksempler på at holdningene er ulike. En annen reiseskildring som ble publisert på samme tid, viser en annen mentalitet. I boken *Slik er jungelen* skriver William B. Seabrook om sin forskningsekspedisjon i en av elfenbenskystens jungler. Han reiser med sin hustru Katie og et følge av femogtyve til tredve ”nakne bærere”, og blir på et tidspunkt invitert til – og snart en del av – et bestemt ritual de innfødte oppfordrer til. Om dette skriver han: ”Jeg er opmerksom på at når den slags øvelser blir foretatt av en presumptivt oplyst hvit mann, må det innby til foraktelige smil.”<sup>299</sup> Men han argumenterer med at han ved å utføre ritualen oppnådde tillit og brøt ned hindringer (skranker) mellom ham og de innfødte, hindringer som ville stått i veien for å kunne utføre arbeidet han kom for å gjøre.

Også hos ham ligger en oppfatning av at det er en ulikhet mellom mennesketyper som ham selv og de innfødte, men har en annen inngang til det. Han har en annen oppfatning av rangering av hvite og ikke-hvite mennesker enn vi finner hos Johnson og andre på samme tid (se for eksempel Mjøen og Brantenberg nedenfor). Han ser et likeverd mellom mennesketyper som ikke samsvarer med prinsippene omkring rasehygiene. Han viser respekt for menneskene han besøker, og det er hans egne kollegaer som blir gjenstand for kritikk:

”Jeg kunde også svare med å uttrykke min enda større forakt, – en forakt uten smil – overfor de etnologer som aldri i sitt liv har sett en eneste primitiv ”vill”, men som sitter hjemme i sine studerkammer og skriver om ham som om han var en forstenet

---

<sup>298</sup> Ibid. s. 38–39

<sup>299</sup> Seabrook, William B.: *Slik er jungelen*, 1938, s.15

etrusker eller aztec. Det samme gjelder de reisende som ferdes med ham i hans eget land og etterpå skriver om ham som om han var et høist interessant, men laverestående zoologisk eksemplar, en stakkars stymper, en bavian eller en pingvin, og de beskriver hans maleriske former for overtro med tilsvarende ringeakt. Jeg foretrekker imidlertid å fortelle sannheten og få latterlighetens stempel.”<sup>300</sup>

Til forskjell fra andre som betrakter fremmede kulturer, vurderer han sin egen kultur på avstand, og finner handlinger, vaner og oppfatninger som ikke nødvendigvis demonstrerer det rasjonelle og høyerestående: ”Ta på tre, dere der hjemme, gå under en stige, tend tre cigarett med samme fyrstikk, kast en neve ris etter bruden, og fortell mig så at det er mig som er gal...”<sup>301</sup>

Ikke desto mindre vil også Seabrook, tross sine gode intensjoner, tilhøre sin egen tid og kategori av vestlige kulturmennesker, hvis overlegenhet blir tydelig i lys av sine motsetninger. Det alene at han reiser for å studere dette folket som han tross alt betegner som ”primitivt” (se over) viser dette. Ses Seabrook videre i lys av kulturmenneskets streben etter å oppnå – eller opprettholde – autonomi ved å stille seg ved siden av mennesker som kan minne om naturmennesket, kan det synes som om også han gjør det. Hans siviliserte tilhørighet til kulturen blir understreket i møtet med de ”primitive”.

#### **Å tydeliggjøre sin suverenitet ved hjelp av kontrast til andre grupper**

Avstanden mellom hvite, ariske mennesker og innfødte som bor i jungelen kan være en måte å distansere seg fra noen mennesketyper på fordi ulikhetene er påtakelige. Men kulturmennesket definerte sin posisjon også i forhold til grupper mer lik seg selv hva angår både kultur og rasetilhørighet.

Som jeg viste over, kunne man akseptere forskjeller, men det var ikke ensbetydende med at man ville dyrke eller videreføre dem. I USA var man relativt tidlig ute med lovreguleringer mot at mennesker med avvik skulle formere seg. I delstaten Indiana hadde man allerede fra 1907 lovfestet dette gjennom en steriliseringslov. Omfattet av

---

<sup>300</sup> Ibid.

<sup>301</sup> Ibid.

loven var blant annet sinnssyke, mentalt tilbakestående, voldtektsmenn og lovbrøyttere som befant seg i offentlige anstalter.<sup>302</sup>

Også i Norge ser vi det samme, nemlig at det innføres lovverk som legitimerte å sette ideologien ut i praksis. Loven om rasehygiene – Lov til vern om Folkeætten – ble brukt som grunnlag for sterilisering. Under annen verdenskrig steg gjennomsnittet årlig steriliserte fra 77 til 194 personer. Etter krigen fortsatte tallet imidlertid å stige, og i 1975 var antallet steriliserte 4582 personer (for dette året alene).<sup>303</sup>

Særlig illustrerende for kulturmenneskets suverenitet vs. andre grupper er når førstnevnte benytter seg av andre grupper som materiale for å utvikle kunnskap – et av kulturmenneskets karakteristikum.

En illustrasjon på dette er nazistenes forskning i midten av forrige århundre, et felt svært viktig for deres prosjekt. En av nazistenes store oppgaver var å verne om den ariske rase, og for å lykkes med dette var det særlig to punkter som måtte vektlegges: Man måtte eliminere den såkalte laverestående delen av menneskerasen, slik som jøder, homoseksuelle og sigøynere, og man måtte ivareta sine egne. Særlig det siste området krevde to viktige satsningsområder – å sørge for forskning og vitenskapelig fremskritt, og etablering og utvikling av folkehelsen. Dette er en av grunnene til at forskning og folkehelsearbeid var høyt prioritert blant nazistene.

Å heve kunnskapsnivået i befolkningen i sin alminnelighet var i tråd med deres krav om intellektuell overlegenhet (dette kan trolig også forklare at det var særlig Tyskland som la premissene for kunnskapsvekst i løpet av 30-tallet). Både forskning og holdningsskapende arbeid ble gjort i stor skala. Hva forskning angikk, ble det bare innen kreftforskning avlagt over tusen doktorgrader i løpet av nazistpartiets 12 år som styresmakt.<sup>304</sup> Her finnes også eksempel på at utvikling av medisinsk kunnskap har politiske og ideologiske motivasjoner snarere enn de hippokratiske, humane verdier. Typisk er utvikling av gynekologien som fagfelt under nazistenes regime. Det er et eksempel på at tyske forskere gjorde store og viktige fremskritt, men der

---

<sup>302</sup> Østerberg, Dag: *Det moderne. Et essay om vestens kultur 1740–2000*, 2001 (1999)

<sup>303</sup> Seip, Anne-Lise: *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*, 1994 s. 105

<sup>304</sup> Proctor, Robert N.: *The Nazi War on Cancer*, 1999, s. 19

motivasjonen for og hensikten bak forskningen er i tråd med et nazistisk grunnsyn. Hensikten med forskningen var å utvikle måter å verne om deres egen rases kvaliteter på, ved å forhindre fødsel av degenererte barn. Den samme motivasjonen lå bak det enorme folkehelsearbeidet som ble iverksatt i Tyskland denne perioden. Store anti-røykekampanjer ble holdt for å ivareta deres eget folk, og det samme motiverte vektleggingen av et godt kosthold.<sup>305</sup>

Når individet kommer i annen rekke nå, er det ikke med hensyn til forskning som i Koppang-eksempelet, men målsettingen om et perfekt folk og en ren rase. Forskning ble utført i den hensikt å komme sitt eget folk til gode. De som avvek fra det normative i form av etnisitet, seksualitet eller fysikalitet, ble sett på som potensielle objekter for forskning: “Infants, dying patients and mentally ill individuals.”<sup>306</sup> Når jøder ble brukt til eksperimenter under krigen, var det i tråd med den generelle oppfatningen av hvem som kunne bli brukt som ”guinea pigs” og en generell oppfatning av kvalitetsinndelingene av mennesker.

Både gjennom å demonstrere overlegenhet i forskning og kunnskapsproduksjon og samtidig heve seg over andre raser, understreker de sin perfeksjon – og autonomi.

### **Kultur menneskets seier?**

Dette viser at kultur mennesket mestrer og dyrker sin skjebne som kultur mennesker. De har demonstrert at ubehaget ikke var dominerende, og at de helsetjenestene jeg har drøftet til nå, snarere hadde potensial til å styrke det autonome.

Opptattheten av helse og helseforebyggende aktivitet blir nå ikke lenger en måte å lindre ubehaget på ved å *forsøke* å kontrollere naturen og kroppen. Da ble ubehaget lindret fordi man gjorde så godt man kunne. Når det autonome kultur mennesket utfører handlingene som nevnt over, er det tegn på at det faktisk kontrollerer kroppen og naturen fordi det definerer den. På den måten blir også naturen underlagt kultur menneskets kontroll. Med dannelseskravet blir også det siviliserte understreket,

---

<sup>305</sup> Ibid. s. 120–247

<sup>306</sup> Lederer, Susan E.: *Subjected to Science. Human Experimentation in America before the Second World War*, 1995, s.3

og kildene til ubehag er kontrollert. Dette er en bekreftelse på at kulturmennesket har beseiret naturen.

Dette viser at den autonomien jeg tolket Nietzsche til å mene at var mulig å oppnå, og som jeg fant illustrert i Zarathustras taler, faktisk var oppnådd. I eksemplene er mennesket selvstendig og presenterer styrke, de håndterer kildene til ubehag og har ikke behov for lindrende midler.

### **3. Samme tendenser, motsatt betydning**

Én innvending til konklusjonen om at kulturmennesket har oppnådd autonomi, må likevel drøftes. Som jeg viste tidligere, kan de samme eksemplene illustrere og brukes som argument både til å lindre et ubehag og til å styrke autonomien.

*Marsrevyene* kunne være et tiltak uten betydning for ubehaget fordi undersøkelsen ikke angikk den enkelte, og heller ikke styrket noe fellesskap. Det samme gjaldt den undersøkelsen av feilfrie tenner som jeg viste til. Men om man tok utgangspunkt i det autonome kulturmennesket, kunne eksemplene ha en annen betydning, nemlig å perfektionere rasen og dyrke den enkeltes autonomi.

Men de samme tendenser kan også ha en annen betydning og reflektere den motsatte tendens. For riktignok ser vi at kulturmennesket perfektioneres og at dets styrke dyrkes, men det er ikke nødvendigvis *individets* styrke vi ser. Snarere kan det være en ny form for lindrende middel, som går på bekostning av, eller står i veien for, den enkeltes integritet og autonomi: en avledning der det store kollektivet overskygger individet.

Det som gjør at tendensene som er omtalt ikke nødvendigvis var tegn på autonomi, men heller et godt og typisk eksempel på bruk av lindrende middel, er at individet ikke har noen sentral rolle i kulturen. Eksemplene nevnt over var ikke nødvendigvis utført ut fra den enkeltes interesser primært, men av hensyn til gruppen. Slik er det gruppen som perfektioneres, mens individet, kulturmennesket, får sitt ubehag lindret ved å samle seg i en gruppe der det individuelle forsvinner.



### **Eksempel på det siste: antiindividualisme reflektert i kultur og det offentlige rom**

En ny ideologi der eugenikken står sentralt, er i ferd med å formes og få feste. Sosiolog og professor ved Universitetet i Oslo, Dag Østerberg, skriver at noe av det alvorlige med eugenikken og ideen om det perfekte mennesket er dens "antiindividualisme". Det individuelle forsvinner: "Den enkelte må her underkaste seg teknokratiet og underordne seg helheten."<sup>307</sup>

Mennesket skulle være perfekt, og ikke som individ, men som del av en større gruppe. Enkeltmenneskets funksjon er å danne helheten, og individet som autonom størrelse er utradert. Dette at man var i ferd med å nedgradere individet som størrelse, understrekes av en uttalelse fra Adolf Hitler – den som kanskje mest av alt satte tidens ideologier i system og ut i praksis: "Du selv er ingenting, ditt folk er alt."<sup>308</sup>

Samfunnet ses på som en stor kropp, en masse, og dette er en oppfatning som gjennomsyrrer samfunnet og tenkningen. Og antakelsen om at det individuelle og autonome var underordnet til fordel for den kompakte helhet på 30–40-tallet, støttes ved at det går igjen i flere uttrykk i samfunnet generelt og ikke bare menneskesynet eksplisitt.<sup>309</sup> Fra det offentlige rom i Norge er et eksempel på nettopp dette utvalgte arbeider av Gustav Vigeland, flere representert i skulptursamlingen i Frognerparken.

Enkelte uttrykk er svært karakteristisk for den mentaliteten jeg mener var rådende på denne tiden. Det individuelle ved figurene er borte, og det er det allmenngyldige ved mennesket som blir presentert. Mangelen på personlighetstrekk og det individuelle til fordel for det kompakte og harde mener jeg karakteriserer det som kan kalles en fascistisk mentalitet – og et menneskesyn der individets egenart vil stå i veien for ideen om det kollektive.

---

<sup>307</sup> Op.cit. s. 302–303

<sup>308</sup> Seip, Anne-Lise, 1994, s. 111

<sup>309</sup> Wikborg, Tone: *Gustav Vigeland. En biografi*, 2001, s. 513 ff

Dette kommer godt frem i den kjente skulpturen Monolitten, som dominerer utstillingen og danner senter for parken. Den forestiller 121 individer som slynger seg om hverandre, der uttrykkene i hvert enkelt individ er som visket vekk, og de utgjør sammen en kompakt enhet.



*Monolitten*

Enda tydeligere er enkelte skulpturer av enkeltindivider, der mangelen på autonomi kommer tydelig frem. Sett i sammenheng med menneskesynet som jeg omtalte tidligere, er disse kunstneriske uttrykkene illustrerende for de politiske og idealistiske tendensene som rådet tiden: Ethvert menneskelig trekk viskes ut, og det er det massive som dominerer. (Se neste side).



Eksemplene illustrerer hvordan det enkelte individ ikke har den integritet det kreves for autonomi. Dyrkingen av folket var del av prosjektet med å holde ut ubehaget; den enkelte lot seg bli en del av en kompakt masse der det individuelle ikke fikk plass. Ved å være en del av en hel masse ville ikke ubehaget være så tydelig fordi man ikke ble konfrontert med det på egen hånd.

Mentaliteten reflekteres dessuten i andre deler av det offentlige rom. Også arkitekturen fra samme tid kan formidle det upersonlige og kollektive i datidens tenkning, der mangel på det individualistiske er fremtredende. Et godt eksempel er Oslo Rådhus. Bygningenes strikse og kompakte utforming blir en illustrasjon på det massive, på det offentliges autoritet og uinntakelighet – og et godt bilde på en trend i mentalitet og perspektiv der helhet og det ansiktsløse erstatter enkeltelementene.<sup>310</sup>



Slik vil måten man organiserte kulturen på, hvordan menneskesynet og kulturen ble uttrykt, være illustrasjoner på hvordan kulturmennesket lindrer ubehaget i form av avledninger. Fremfor å gå ut i verden én og én, som autonome og selvstendige individer, var man en del av en kompakt enhet der ubehaget ikke trengte gjennom. Som de religiøse var man en del av en stor kropp, mistet evnen til integritet, men ubehaget ble lindret og man overlevde.

En innvending er imidlertid at eksemplene fra forrige delkapittel, kap. 9.2, likevel ikke er endret. Selv om en del tendenser i kulturen viser at den enkelte var underlagt det kollektive og forutsetningen for autonomi ikke var til stede, er det andre tendenser som viser at individet faktisk ble dyrket, og at kulturmenneskets integritet og styrke ble fremmet. Perfeksjonering av den enkelte var eksempler på det, gjennom dyrking

---

<sup>310</sup> Bygningen er oppført gjennom en lengre periode – mellom 1931 og 1950 – og består av flere stilarter, som funksjonalisme, klassisisme og nasjonalromantikk. (Jf. Presentasjon av Oslo Rådhus på deres hjemmesider: <http://www.radhusets-forvaltningstjeneste.oslo.kommune.no/radhuset/article69066-16487.html>.) Når jeg bringer frem Oslo Rådhus i denne sammenhengen, er det fasaden jeg viser til som et klart eksempel på det jeg her betegner som fascistisk arkitektur.

av kropp, holdning og dannelselse. Men som jeg skal vise, betyr dette likevel ikke at det var individet som ble prioritert eller som sto sentralt.

### **Perfeksjon og eugenikk**

Jeg har vist hvordan det individuelle ble utfordret av et kollektiv, og at fremfor å ha integritet kunne man være en del av noe større der det individuelle ikke fikk plass. Og samtidig med dette er det ideen om den ariske rasens perfeksjon som bygges, hvilket ble illustrert av reiseskildringene jeg viste til i forrige kapittel. Denne ideologien, kjent som eugenikken, sto sentralt som forståelsesramme i første halvdel av 1900-tallet, og den var ikke sett på som kontroversiell.

Hans Fredrik Dahl skriver: "Ideen om at vi tilhørte samme folkestamme som tyskerne, og at vi av hensyn til arvestoffets bevaring måtte velge side etter biologiske kriterier, var en ganske vanlig tankegang i Norge." Han skriver også at oppfatningen av at den slaviske rase med sine mongolske trekk sto tilbake for den germanske, var så utbredt i samtiden at den må regnes som alminnelig og uten behov for særlig utdyping. Han viser til en annen av rasehygienens forkjempere i Norge, trondheimslegen Halfdan Bryn, som slo dette fast som en kjensgjerning i sin bok *Menneskerasene og deres utviklingshistorie* fra 1925.<sup>311</sup>

Arvelæren hadde hatt sitt gjennombrudd, og ideen om at menneskene kunne deles opp i raser og at disse hadde ulike kvaliteter, var ikke kontroversielle. Det ble drøftet hvilke karakteristika ved rasen man ønsket å beholde og dyrke, og i 1939 skriver lege Jon Alfred Mjøen:

"Det er selvsagt vår plikt å hjelpe de syke mennesker. Lægevidenskapens kamp mot sykdommene er symbolet på vår humane tidsalder. Men hvad vi på dette område ikke må glemme, er at det *ikke må vernes om det slette arvestoff på en måte slik at det vokser det friske menneske over hodet*. Det dårlige arvestoff som forplanter sig i en temmelig utstrakt grad, er hovedårsaken til alle de lidelser og all den elendighet som tunger samfundet i dag."<sup>312</sup>

---

<sup>311</sup> Dahl, Hans Fredrik: *De store ideologiernes tid, Norsk idéhistorie*, 2001 s. 25

<sup>312</sup> Mjøen, Jon Alfred,; Brantenberg, Arne Y.: *Hormonene. Den biokjemiske personlighet*, 1939, s. 163

At dette var alminnelig oppfatning, vises også ved at selv vår egen Karl Evang støttet opp under synet om at menneskene er delt i ulike kvaliteter der de laveste ikke burde formere seg. I 1933 skrev han en artikkelserie om rasebiologi og rasehygieniske spørsmål. Her angriper han rasehygienisk tenkning ”med rasistiske trekk og sosial slagside”, men anser ideen om å begrense antallet dårlige arvebærere som ”en helt rasjonell tanke, som socialismen alltid har gått inn for”.<sup>313</sup>

Evang var riktignok mer moderat enn flere i sin samtid, ettersom han tok avstand fra rasehygienien. Ideen om at det normative var styrende og burde ivaretas, er likevel dypt forankret også hos ham. Dette viser at tanken om at forplantning ikke burde skje for alle, var en alminnelig og akseptert holdning.

Eksemplene er argumenter for at det ikke er individet perfektjoneringen rettes mot, men gruppen som helhet. Autonomikravet var at individet skulle være selvstendig og uavhengig, og altså det motsatte av det vi ser skje her.

De samme tendensene finnes eksempelvis i folkehelsearbeidet.

Helsekontroller, som tidligere ble ansett som uten betydning for kulturmenneskets ubehag fordi de ikke inkluderte hele befolkningen (se kap. 4) eller som måte å oppøve autonomi for den enkelte på (se kap. 9.2), kan i dette perspektivet ses som det motsatte: De er svært betydningsfulle fordi man utraderer ethvert individuelt tegn og lar den enkelte smelte sammen i en enhet. Ved hjelp av helseundersøkelsene skal *standarder* hentes frem, men ikke nødvendigvis til den enkeltes beste.

Illustrerende er eksempelet med *marsrevyene* fra 1919 (se kap 4.3 og 9.2), som i utgangspunktet var en kartlegging av barnas helse. Dette er, ifølge Seip, et karakteristisk tiltak under Carl Schiøtz’ administrasjon. ”Han ga skolehelsearbeidet et systematisk preg. De skulle danne grunnlag for normer for hva som var normalt og hva som var avvik.”<sup>314</sup> Også dette var altså noe mer enn å sørge for at befolkningen var frisk.

---

<sup>313</sup> Schiøtz, Aina, s. 231

<sup>314</sup> Seip, Anne-Lise, 1994, s. 111

Det er også typisk hvordan satsning på idrett var høyt prioritert, og det var vanlig å skille mellom dem som var egnet og ikke. Tidligere viste jeg til en helsekontroll fra første halvdel av 1920-tallet som tok sikte på å sile ut de osloborgere som kunne drive idrett fra dem som ikke ble anbefalt det samme. Her gjelder det samme som over; sett i lys av idealet om å dyrke det perfekte mennesket, kan det være nærliggende å anta at det også nå handlet om å lokalisere og rendyrke de beste. Vi ser at det var et relativt høyt antall som ble funnet uskikket, og dette ble tolket til at man hadde bruk for denne type undersøkelser:

”Men naar ca. 17 pct. av de undersøkte av en eller anden aarsak ser sig nødsaget til at vise forsigtighet i træningen, synes dette dog at være et bevis for betydningen av disse undersøkelser.”<sup>315</sup>

Å identifisere de uegnede slik man gjorde i undersøkelsen, var også en del av sorteringsprosjektet – for man hentet frem de beste for fremtiden. Dette var en vesentlig del av eugenikken: perfektjonering av individene, og å skille ut de beste. Og det var gruppen, rasen, og ikke den enkeltes interesser, som sto i sentrum.

Fortolkningen av hensikten bak undersøkelsene som presentert over støttes av en annen masseundersøkelse utført i 1923. Denne gjaldt også prestasjoner på idrettsbanen, men ble gjort for å kartlegge norske rekrutters helse og yteevne. Hensikten med undersøkelsene var som det står i artikkelen:

”Undersøkelse av vore soldaters ydeevne i og for sig, videre sammenligning mellem præstationerne ved rekrutskolens begynnelse og slutning, videre sammenligning mellom de forskjellige landsdeler. Antropometriske studier av højde, vegt og vegd–høydeforhold..

Utarbeidelse av normer efter samme princip som for skolealderen, anvendelige og ansporende for alle, ikke bare for ”stjerner”.<sup>316</sup>

---

<sup>315</sup> Jervell, Otto: ”Om bedømmelse av fysisk duellighet ved underøkelse av idrætsmænd”, Tidsskrift for Den norske lægeforening 165–179/1927

<sup>316</sup> Schiøtz, Carl; Waaler, Georg: ”Norske rekruttters fysiske ydeevne. Idrætsundersøkelser 1923” Tidsskrift for Den norske lægeforening 861–868/1927

Undersøkelsene besto av ulike friidrettsøvelser samt armhevinger, og som beskrivelsen viser, er det heller ikke her den enkelte som er interessant når undersøkelsen skal gjennomføres. Jeg mener dette er et eksempel på at individene regnes som gruppe og at det individuelle er underordnet. Hensikten med undersøkelsene er også uttalt – at det er normer man ønsker å komme frem til, og ikke å ivareta den enkelte. At det er fysisk fostring som ble undersøkt, mener jeg heller ikke var tilfeldig, da det vil være en god målestokk på perfeksjon.

### **Perfeksjon av kvinnene**

I forrige kapittel omtalte jeg Agnethe Bertrams bok, som instruerte hjemmeværende kvinner i hvordan de skulle drive gymnastikk og oppnå god kroppsholdning. Jeg tolket hennes bok som et tegn på en fornyet tro på kvinners potensial til perfeksjon. Men heller ikke dette initiativet behøver å være til individets beste primært. Boken var en del av en trend med bøker som la vekt på hvordan den enkelte skulle te seg for å oppnå god helse, men også ivareta og styrke sin karakter. I den sammenhengen jeg har trukket frem her, vil boken fremdeles mane til perfeksjon, men ikke som del av et individuelt prosjekt for den enkelte kvinne, men som del av et prosjekt for å fremme den hvite rase. Individet er underordnet, og forutsetningene for å oppnå autonomi for den enkelte er svekket.

Noen år tidligere, i 1913, hadde (professorinde) Julia Sucksdorff skrevet en liten bok kalt *Sundhed og velvære*, der hun ga gode råd for hvordan beholde sin sunnhet og gode helbred.<sup>317</sup> Og her er det ikke bare i forhold til fysisk fostring slik vi så hos Bertram, men overordnede trekk for å ivareta og holde ved like kropp og sinn.

Sucksdorffs anliggende er å kommentere og gi råd om hva vi foretar oss i det daglige, hvilket innebærer kosthold, kroppsholdning, klesdrakt og vaner i sin alminnelighet.<sup>318</sup>

---

<sup>317</sup> Sucksdorff, Julia: *Sundhed og velvære*, 1913

<sup>318</sup> Fedmeproblemet blir gjerne presentert som en ny utfordring i den vestlige verden i dag, men det later til at problemet var vel så sentralt hundre år tilbake. Bertram vektlegger viktigheten av å forhindre – og forebygge – nettopp fedme, og hun skriver (med henvisning til prof. V. Bunge) at "(...) et Menneske, som anstrenger sit Legeme, ikke ved nogen Slags Kost kan paadrage sig sygelig Fedme. Man kan spise, hvad man vil, men ikke drikke, hvad man vil (f. Eks. Alkohol). Man sørger blot for tilstrækkelig Bevægelse. Et sundt Menneske behøver som Regel ubetinget to Timers ordentlig Legemsbevægelse ude i det frie hver Dag for at kunne vedblive at være sundt". Hun forteller riktignok om at målgruppen for rådene og boken generelt har vært kontorister og de som ikke var tvunget ut i arbeid. Men ikke desto mindre viser det at de problemstillingene vi har i dag vedrørende feilernæring og manglende fysisk aktivitet, har vært et tilbakevendende problem: "Mange gaar til og fra Kontoret eller til og fra Skolen og gaar derefter og driver ørkesløst omkring i Værelsene og kalder det for



gaa paa en Døgt, og at Udnyttelsen af gamle, ind-  
gruede Vaner og Indførelsen af nye, kræver Tid. Ved

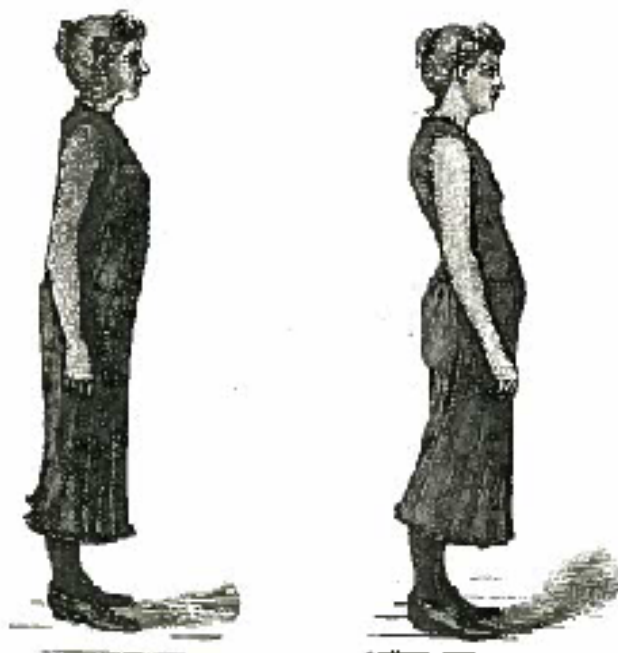


Fig. 1. God Holdning.

Fig. 2. Dårlig Holdning.

ethvert Nederlag, enhver Falden tilbage til det gamle,  
maa vi med fordoblet Anstrengelse ile fremad med  
det gode Maal.

I det efterfølgende skal vi paapebe, hvad vi

Fig 1. God holdning. Fig. 2. Dårlig holdning  
(Fra Julia Sucksdorff, *Sundhed og velvære*)

---

Legemsbevægelse. Men det er ikke Legemsbevægelse. "Jeg bevæger meg inde i Huset hele Dagen"  
siger den fede Frue, "saa jeg faar da tilstrækkelig Bevægelse." Nej, det at tage Legemsbevelgse er at  
gaa opret og gaa ude i det frie og gaa sig varm. Forøvrigt findes der mange Slags Legemsøvelser. Man  
kan ride og cykle osv. Mangel på Lægemsbevægelse er en av Aarsagerne til Fedtsyge." (s. 56-57)

Men ikke minst står spørsmålet om helse og hvordan holde seg i god form sentralt. Temaer som kosthold, søvn og hvile drøftes, og selvfølgelig fysisk aktivitet. Her er det klare beskrivelser av hvilke øvelser man kan gjøre, og hvordan gjøre dem.

Typisk nok er et kapittel i Sucksdorffs *Sundhed og velvære* satt av til dette emnet, med tittelen ”Vi, vore børn og arveligheden”. Her finner vi ikke omtale av de ulike rasene direkte, men av i hvor stor grad blant annet lyter går i arv:

”Det er alminnelig bekjendt, at Drikkesyge eller Alkohlisme gaar i Arv. Denne Arv behøver ikke altid at ytre sig som en uimodstaaelig Trang til berusende Drikke; den kan ogsaa give sig Udslag i andre Former. I andet Slægtled optræder Arven ofte som Drukkenskab, i tredje som Anlæg til Sindssyge og i fjerde Led som Aandssvaghed.”<sup>319</sup>

Også moralske egenskaper er arvelige: ”Hos en Del Familier ligger Dyden saa at sige i Blodet. Andre har arvet en Tilbøyelighed til Uredskaffenhed og Simpelhed.”<sup>320</sup>

Dette viser at man hadde stor tiltro til arvelighetslæren, og understreker viljen til å dyrke frem det beste av menneskerasen. Mennesker med de karaktertrekk Sucksdorff nevner, frarådes å formere seg, men ikke bare for å fremme og rendyrke den rene og beste i rasen. Det er også for å forskåne avkommet fra å måtte leve med galskap og lyter, noe som understreker det alminnelige og selvfølgelig i å ville fremelske det perfekte.

### **Foreløpig konklusjon**

Eksemplene som er presentert i dette kapittelet, viser at det var klare tegn i kulturen på at mennesket levde i autonomi, at man dyrker det perfekte og at kildene til ubehag var overvunnet. Når man dyrker det perfekte kulturmennesket, viste man seg komfortabel med sin rolle, og demonstrerte også makt over naturen.

Men de samme eksemplene kunne også ses på som tegn på det motsatte, nemlig som lindrende middel på ubehaget – og dermed at man faktisk opplevde et ubehag som

---

<sup>319</sup> Ibid. s. 184

<sup>320</sup> Ibid. s. 186

igjen måtte lindres. Nå ble den kompakte mentaliteten, det å stå sammen side om side, ikke tegn på kulturmenneskets styrke, men tvert imot på dets svakhet og manglende evne til å stå for seg selv.

Det samme gjaldt med enkelte helsetjenester. Det samme helsetiltaket kunne benyttes til å styrke og bekrefte autonomien, men også virke motsatt: til å lindre, og følgelig bekrefte, ubehaget.

Det lyktes altså ikke å føre en overbevisende argumentasjon verken for at kulturmenneskene erfarte et ubehag som måtte lindres, eller at de ikke gjorde det fordi de var autonome kulturmennesker. De samme eksemplene kunne underbygge begge, og noen konklusjon kan ikke trekkes på bakgrunn av resonnementet.

### **Neste kapittel**

I neste kapittel vil jeg gå videre på problemstillingen rundt kulturmenneskets potensial for å oppnå autonomi. Jeg har vist at potensialet er der, og jeg vil nå drøfte hvilke muligheter kulturmennesket faktisk har til å gjøre dette, samt hvorvidt det er sannsynlig at disse mulighetene blir tatt i bruk.

## ***Kapittel 10 Kunne bruk av helsetjenestene ha potensial til å gi autonomi?***

### **1. Medikaliseringens alvorlighetsgrad**

Tidligere har jeg antatt at enkelte helsetjenester kunne være et mulig middel til å lindre ubehaget. Forutsetningen for dette var at den hadde autoritet over mennesket – at den ble oppfattet som en forutsigbar og overordnet instans som ivaretok den enkelte. I forrige kapittel drøftet jeg om ubehaget virkelig var så sterkt som antatt, men kom til at det ikke kunne trekkes en klar konklusjon.

I det følgende skal jeg ta utgangspunkt i at medisinen ikke nødvendigvis har så stor makt som forutsatt til nå, og at kulturmennesket har overkommet ubehaget. Jeg vil så drøfte hvorvidt kulturmennesket kan benytte seg av medisinen og helsetilbudene til å oppnå og å beholde autonomi. Dette innebærer at i stedet for at kulturmennesket er gjenstand for medisinen autoritet, blir det medisinen som benyttes i det autonome kulturmenneskets interesse.

I drøftingene av dette vil medikaliseringens argumenter være de samme, men konsekvensene blir annerledes, til dels motsatt.

#### **Premissene til nå snus**

I medikaliseringens kritikk som jeg diskuterte tidligere, vektlegges at deler av helsetjenesten og medisinsk praksis kunne være til skade for kulturmenneskets frihet og potensial for autonomi. Den representerte et syn på at sykdomskulturen som vokste frem, skapte flere pasienter og mer sykkelighet i befolkningen (se kap.1.2). Dette gjorde at man mistet handlefrihet ved å være avhengig av medisiner, og ved å bli en del av en kultur der sykdom og sykkelighet var normalt. Jeg viste i kapittel 7.2 at det også var mulig å tolke medikaliseringens fenomenet motsatt, nemlig at kulturmenneskets ubehag kunne lindres via opplevelsen av å bli ivarettatt gjennom medisiner og undersøkelser – selv om de skulle være overflødige. Jeg brukte prostatakreft som eksempel, der jeg hevdet at undersøkelsene og den medisinske intervensjonen i seg selv ville gi inntrykk av at kildene til ubehag, kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt, var mestret. Jeg mente de kunne ha denne effekten på kulturmenneskets ubehag også om det ville gi bivirkninger og skade. Jeg

tok utgangspunkt i at det ble foretatt et aktivt valg om å la seg undersøke, fordi informasjonen om fordeler og ulemper var tilgjengelig og forutsatt tatt i betraktning. Fordi kulturmennesket dermed gikk inn i en undersøkelsesprosess og eventuell behandling ut fra et aktivt valg, ville dette – i den grad det lindret ubehaget – være i kraft av å dempe det og ikke avlede fra det.

En innvending til medikaliseringkritikken er at den tar autoriteten til medisinfaget og dets utøvere for gitt og ser menneskene, både pasienter og potensielle pasienter, som ofre for denne autoriteten og det systemet den omfatter. Men noen studier tyder på at omkostningene ved feildiagnostisering likevel ikke er så store som kritikerne legger til grunn (se nedenfor). Hvis dette stemmer, har medisinen kan hende ikke den autoritet som hittil er tatt for gitt.

Dersom kulturmennesket nå i tillegg har opparbeidet seg autonomi, vil det være sannsynlig at medisinen kan fremme kulturmenneskets autoritet over medisinen og dens praksis.

### **Unødvendig, men ufarlig og likevel akseptabelt?**

En av de sterkeste innvendingene mot presymptomatisk diagnostikk har vært at den ikke er presis nok, og at man kan få et stort antall falske positive. Dette kan føre til unødvendige undersøkelser og påfølgende bekymring, som vil være en belastning på kvinnene. Men en artikkel i det prestisjetunge medisinske tidsskriftet *British Medical Journal* (BMJ) viste imidlertid at kvinner var oppmerksomme på risikoen for falske positive, men anså det som en akseptabel konsekvens av mammografiundersøkelsene. De mente at omkostningen ved falsk positiv test ble oppveid av de funnene som faktisk ble gjort og der liv kunne reddes.<sup>321</sup>

Det er også gjort funn som viser at angst og depresjoner forekommer hos kvinner som får falske positive resultater av mammografiundersøkelser, men at tilstanden er forbigående og derfor ikke bør tillegges for stor vekt.<sup>322</sup>

---

<sup>321</sup> Schwartz, Lisa M. mfl.: "US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey", *BMJ*, vol 320/2000

<sup>322</sup> Ekeberg, Ø.; Skjauff, H.; Kåresen, R.: "Screening for breast cancer is associated with a low degree of psychological distress", *The Breast* 10/2001 s. 20–24

Resultatene og argumentasjonen vedrørende brystkreft i denne sammenhengen er også overførbart til andre helsetilstander. Undersøkelser for hiv på et presymptomatisk stadium viser seg også å måtte iberegne en feilmargin, og i en debatt omkring dette i tidsskriftet *JAMA* viste man til resultatene over. På tross av at testmetodene her ble ansett som svært pålitelige, vil det bestandig forekomme falske positive. I debatten viste man til argumentasjonen når det gjaldt presymptomatiske undersøkelser for brystkreft, da "(...) the intervention can avert or ameliorate a catastrophic consequence, so the risk of a false positive result is considered acceptable".<sup>323</sup> Konklusjonen her var at forutsatt at man informerte tilstrekkelig om faren for falske positive i forkant, var det altså ikke gitt at konsekvensene av dette skulle være så alvorlige som kritikerne har hevdet.

Det kan også argumenteres for at overmedisinering, som er nevnt som en uheldig konsekvens, ikke behøver å ha negative konsekvenser.

Ann Garry, professor i filosofi ved California State University, gir et tilsvarende svar til Laura Purdys påpeking av tendensen til å medikalisere naturlige prosesser, som jeg refererte til i kapittel 7.2. Hun sier seg enig i at kritikken er berettiget, men at det er viktig å nyansere.<sup>324</sup> Medikaliseringskritikerne tar ikke høyde for at medisinsk intervensjon av enten naturlige prosesser eller symptomfri sykdom ikke nødvendigvis behøver å være galt, og heller ikke drøftes det hvor galt det eventuelt måtte være. Noen ganger kan medisinsk intervensjon være nyttig, uten at det er livsnødvendig og kanskje heller ikke ønskelig. Medisinering mot symptomer på overgangsalder kan sies å være et eksempel på medisinering av naturlige prosesser. Men hvis medisineringen ikke gjør skade, behøver det ifølge Garry ikke nødvendigvis være grunn til å fraråde behandling – selv om den ikke er påkrevet. Hovedhensikten må være at befolkningen føler seg bedre og at helsen bedres, til tross for at medisineringen klinisk sett er unødvendig.

Særlig tydelig blir dette innenfor geriatrien, det medisinske fagfeltet som ivaretar eldre menneskers helse. Eldre mennesker som skal dø, gjennomgår en prosess der

---

<sup>323</sup> Gostin, Lawrence O. (Debattinnlegg blant flere under hovedtittel: "HIV Screening and False-Positive Results"), *JAMA*, vol 297, nr. 9, 2007 (reprinted)

<sup>324</sup> Garry, Ann: "Medicine and medicalization: A response to Purdy," *Bioethics*, vol 15, nr. 3, 2001.

kroppsfunksjonene gradvis slutter å fungere, selv der det ikke forekommer konkret sykdom. Men dette gir seg utslag i en rekke helsemessige plager. Da det er naturlig at medisinfaget skal lindre plager, ser vi at det i stor utstrekning blir iverksatt behandling. Kritikerne trekker frem dette som eksempel på at en av de aller mest naturlige prosesser et menneske kan gjennomgå, blir medisineret.<sup>325</sup> Professor i medisinsk sosiologi ved Universitetet i Sheffield, David Clark, mener imidlertid å se en annen tendens når det gjelder behandling av døende pasienter. Han peker på en økt bruk av lindrende fremfor livsforlengende behandling. Dette kan ses på som et skritt bort fra medikaliseringen og nærmere en erkjennelse av at naturlige prosesser kan inntreffe uten intervensjon. Han mener at selve medisineringen som lindrer fremfor å gjøre frisk, og etableringer av hospice, er en innrømmelse av at døden faktisk *vil* inntreffe.<sup>326</sup>

Men det er ikke bare døden som medisineres. Selve det å eldes later også til å gi medisineringsbehov. Studier har vist at beboere på norske sykehjem gjennomsnittlig bruker seks faste legemidler.<sup>327</sup> Kritikere mener vi gjør eldre mennesker som i utgangspunktet er i god form til pasienter med medisinsk intervensjon for å dempe risiko for mulig sykdom.<sup>328</sup> Men selv om det skulle forekomme overbehandling, behøver ikke det stå i veien for bedre livskvalitet hos den enkelte.

Jeg vil derfor mene det er grunn til å argumentere for at selv om vi gjør naturlige prosesser til et behandlingsbehov, er geriatriens fremste målsetting å heve livskvaliteten hos eldre mennesker. En nødvendighet i den sammenhengen vil være å medisineres. Dette kan gi sterke og alvorlige bivirkninger, men som jeg har vist, behøver ikke det bety at menneskers livskvalitet forringes eller at bekymringen overtar for lettelsen – så lenge helhetsinntrykket er at kildene til ubehag blir mestret og ubehaget lindret.

---

<sup>325</sup> McCue, J.D.: "The naturalness of dying", The Journal of the American Medical Association (JAMA), Vol 273, nr. 13, 1995

<sup>326</sup> Clark, David: "Between hope and acceptance: the medicalisation of dying", BMJ, vol 324/2002

<sup>327</sup> Kristjansson SR; Wyller TB: "Avslutning av forebyggende legemiddelbruk hos eldre", Tidsskrift for Den norske legeforening, 130:1726–8/2010 (viser til Kirkevold O, Engedal K.: "Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study." Drugs Aging 26: 333–44/2009.

<sup>328</sup> Kristjansson SR; Wyller TB: "Avslutning av forebyggende legemiddelbruk hos eldre", Tidsskrift for Den norske legeforening, 130:1726–8/2010

### Flere former for medikalisering

Medikalisering kan forekomme slik den her er beskrevet, ved at tilstander som enten er naturlige eller ikke alvorlige, blir underlagt medisinsk behandling. En annen form for medikalisering er å omdefinere tilstander fra en kategori til en annen, eksempelvis å sette diagnoser på tilstander som tidligere har hatt forklaringer som har med moral og karakter å gjøre. Denne type medikalisering kan ha en positiv effekt ettersom man til en viss grad kan bli lettet for ansvaret.

Fedme og overvekt er ofte blitt assosiert med overdreven nytelse og mangel på kontroll over matinntaket, derav også mangel på karakter. Studier har imidlertid vist at noen former for overvekt og fedme kan ha genetiske forklaringer.<sup>329</sup> Et annet eksempel er lungekreft, som gjerne forbindes med røyking, idet 90 prosent av dem som får lungekreft, røyker.<sup>330</sup> Men også her er det gjort funn som viser at arv er en risikofaktor for lungekreft.<sup>331</sup> Ved å knytte dette til tilstander av medisinsk karakter, som hører inn under faktorer som ligger utenfor den enkeltes makt, kan man tenke seg at belastningen for den enkelte blir mindre sosialt sett. Dette kan begrunnes med at begge de nevnte sykdommene har et sosialt stigma hengende ved seg. Røyking er overrepresentert blant lavere sosioøkonomiske lag,<sup>332</sup> og det vil være nærliggende å anta at lungekreft kan gi negative assosiasjoner der grupper med lavere inntekt, utdanning og sosiale kår kommer dårligst ut. Det samme vil gjelde for fedme: En genetisk forklaring kan bidra til å lette den enkeltes ansvar og skyld for sin overvekt, og man unngår å bli ansett som karakterløs. Med arvelige egenskaper som medfaktor for å få sykdommen kan det bidra til at en i utgangspunktet sosialt stigmatisert sykdom til en viss grad endrer status. Man kan ikke noe for at man rammes, og dømmes ikke på grunn av dårlig karakter.

Et annet eksempel er alkoholisme. Definisjonen fra Norsk medisinsk ordbok definerer alkoholisme slik:

---

<sup>329</sup> Wangenstein, T. mfl.: "Genetiske årsaker til fedme", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 3090–3/2005

<sup>330</sup> Sosial- og helsedirektoratet: *Røykfrihet og helse. Informasjon om helserisiko ved aktiv og passiv røyking*, 12/1003 (3. utgave)

<sup>331</sup> Hung, Rayjean. J.; McKay, James D., Gaborieau, Valerie mfl.: "A susceptibility locus for lung cancer maps to nicotinic acetylcholine receptor subunit genes on 15q25", *Nature* 452/2008, s. 633–637

<sup>332</sup> Lund, K.E., Lund, M.: "Røyking og sosial ulikhet i Norge", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 560–563/2005



”(...) tilstand der pasienten ikkje har styring på sitt alkoholbruk, men kjem over i langvarig alkoholmisbruk eller stadig attvendande drikketurar som fører til vanskar i høvet til dei næraste eller samfunnet elles, og kan gi helsemei på kropp eller sinn, arvelege faktorar som ennå ikkje er klarlagde vil ofte liggja til grunn for alkoholisme, gener som finst på kromosom 1, 7 eller 2 kan gripa inn.”<sup>333</sup>

Alkoholisme regnes som en sykdom som igjen gir behandlingsbehov. Ved å kunne forklare dette som delvis genetisk betinget kan det på samme måte som med fedme og lungkreft lette den enkeltes skyld, og det sosiale stigmaet dempes.<sup>334</sup>

Eksemplene viser at medikalisering ikke behøver å være entydig negativt, kan hende motsatt ved enten å gi aksepterte forklaringer og begrunnelser for tilstander, og ved at befolkningen blir beroliget og fratatt bekymring.

### **Blir vi herdet?**

En annen av medikaliseringens argumenter er graden av skremser som følger budskapet. I debatten som føres her, om kulturmenneskets mulighet til autonomi, må også spørsmålet reises om i hvilken grad vi egentlig lar oss påvirke av stadige skremser omkring helsesituasjonen vår. Et av medikaliseringens kritikernes mye brukte argumenter er nettopp den frykten og uroen befolkningen risikerer å oppleve ved at naturlige deler av livet blir ansett som å være nødvendig å medisineres, samt risikoen for å være syk. Hvis kulturmennesket opplever dette som skremmende, vil det kunne forsterke ubehaget fordi det er en stadig påminnelse om ubehagets kilder, og da særlig kroppens svakhet.

Men på spørsmål om dette snarere kan gi kulturmennesket autonomi, må man anta at informasjonen blir absorbert på en annen måte, slik at man herdes. Hvis skremslene kan føre til at vi blir herdet, vil også virkningen av advarslene bli mindre. Slik gjeteren i Æsops fabler skremmer befolkningen med falsk alarm helt til de ikke

---

<sup>333</sup> Øyri, Audun: *Norsk medisinsk ordbok*, 2003

<sup>334</sup> At alkoholisme anses å ha genetiske faktorer, er ikke nytt. Forskjellen er at en slik forklaringsmodell i våre dager kan være til den enkeltes beste, mens det tidligere virket motsatt. Med en oppfatning av alkoholisme som arvelig vil man kunne bli fratatt skyld for situasjonen, og det kan knytte seg mindre stigma til den. Man kan kreve behandling, og i prinsippet får man da en pasientstatus som det er knyttet visse rettigheter til. Tidligere, eksempelvis under eugenikken, ble alkoholisme ansett for å være resultat av dårlig arvestoff. Man advarte mot å formere seg hvis man var rammet, og det ga ingen privilegier på noen måte.

reagerer når det er alvor, kan vi spørre om ikke det samme skjer i det offentlige rom når det gjelder helsespørsmål.



Hovedoppslag VG, tirsdag 26. november 2007

Mengden advarsler og skremselsinformasjon om helse i hverdagen og i det offentlige rom er stor, og berører de fleste. Særlig tabloidavisenes opptatthet av advarsler og helse blir tydelig fordi forsidenes er svært synlige i det offentlige rom.

Men nettopp fordi dette er så tydelig, kan det også spørres om man ikke oppnår det samme resultat som vi så hos bygdefolket i fabelen – der advarslene til slutt ikke hadde noen effekt.



Hovedoppslag Dagbladet 5. mai 2007



Hovedoppslag Dagbladet 30. mai 2007

Susan Sontag viser eksempel på dette fenomenet i essayet *At betrakte andres lidelser*. Teksten handler om fotografiet og dets særskilte evne til å gjengi virkeligheten, samt våre grenser (og begrensninger) for å kunne ta innover oss det vi ser. Gjennom kameralinsen blir vi konfrontert med (andres) lidelse, sykdom og nød – og Sontag spør så om hva denne stadige eksponeringen kan gjøre med oss. En mulighet hun trekker frem, er at vi som vitner blir herdet – at vi blir så vant til det grusomme at vi ikke lenger reagerer på det.<sup>335</sup>

Fotografiens hensikt, særlig i nyhetssammenheng, er ikke bare å formidle en ren hendelse, men å få oss til å *føle* med. Vi skal ikke bare informeres om hva som har hendt, men også i størst mulig grad føle det på kroppen. Jeg anser at en av motivasjonene for dette er at både aviser og fjernsyn må regne med å få en begrenset del av seerens/leserens oppmerksomhet, og formidlingen skjer gjerne raskt. Dermed må virkemidlene kompensere for innholdets omfang. Sontags påpeking er imidlertid at mediernes forsøk på å ryste, prege og bevege virker mot sin hensikt, ved at den enkelte i mindre grad lar seg berøre. Forsvarsmekanismer iverksettes, og man skaper avstand.

Fotografiene Sontag omtaler, har mye til felles med presentasjon av helse og helsetrusler i det offentlige rom. Aviser og medier generelt slår trusler og faresignaler opp med fete typer. At vi kan befinne oss i livsfare helsemessig, er relativt ordinære budskap i det offentlige rom.

Som motargument til medikaliseringskritikken, som hevder at dette medfører bekymring og angst i befolkningen, kan vi presentere den samme innvendingen som Sontag har mot fotografiets økende detalj- og sensasjonspreg: Kan hende fører det kun til at vi blir upåvirket og likegyldige.

I denne sammenhengen er medikaliseringskritikernes argumenter egnet til å tale imot deres eget synspunkt. En av de skarpeste representantene for denne kritikken, filosofen Ivan Illich, påpeker at vi har vært under profesjonelt helseettersyn hele livet, noen ganger også før fødselen.<sup>336</sup> Men på bakgrunn av de mekanismene Sontag viser

---

<sup>335</sup> Sontag, Susan: *At betrakte andres lidelser*, 2003

<sup>336</sup> Illich, Ivan: *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, 2002 (1975/1995), kap. 2

til, kan Illichs argument brukes motsatt: Medisinering og kontakt med helsetjenesten blir faktisk en del av det daglige, men skaper ikke bekymring. Snarere blir det alminnelig, og dermed betydningsløst og ufarlig.

### **Kan medikalisering åpne for autonomi?**

Den foreløpige konklusjonen blir at det som tidligere er drøftet som negativt for kulturmenneskets lindring av ubehaget – medikalisering – ikke nødvendigvis har noen betydning i det hele tatt, og i den grad det har innflytelse på kulturmenneskets tilstand, kan det være av positiv karakter.

Jeg viste i forrige kapittel at de samme tendenser kan styrke både evnen til å håndtere ubehag og å fri seg fra det. I det følgende skal jeg vise hvordan medikaliseringen, den kulturen som gir opplevelsen av å være skjør og behandlingstrengende eller faktisk å bli medisineret, kan være en styrke – og gi potensial for å styrke kulturmenneskets autonomi.

## **2. Pasientens maktpotensial**

Eksempelene over illustrerer at det ikke er noen selvfølge at helsetjenestens – og medisinsens – rolle er så sterk som forutsatt tidligere. Og hvis vi antar at begge fortsatt har en sentral posisjon i kulturmenneskets bevissthet – det handler tross alt fremdeles om liv og død – kan vi nå stille spørsmålet fra en annen vinkel, nemlig om kulturmennesket kan bruke dette til å komme i maktposisjon og å oppnå autonomi.

Sosiologen Talcott Parsons (1902–1979) studerte sykerollen og satte spørsmålsteget ved at den per definisjon innebar underdanighet. Parsons var trolig den første som koblet sykerollen til sosial kontroll, spesielt dette at avvik av ulikt slag ble betegnet som sykdom.<sup>337</sup> Når han drøfter dette, kommer han til andre slutninger enn medikaliseringskritikerne, nemlig at behandlingsbehov ikke behøver å virke hemmende, eller i alle fall at dette har flere sider. Når han studerte forholdet pasient–lege, så han på dette som en situasjonsbestemt forhandling, der begge parter gikk inn i på forhånd avklarte roller.

---

<sup>337</sup> Conrad, P., 1992, s. 210. Se også Parsons, T: *The Social System*, New York: Free Press, 1951, og Conrad, P.: ”The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior”, *Soc. Probl.* 23:12–21 vedrørende hyperaktivitet hos barn.

Den ubalansen som eventuelt måtte være til stede, er en avklart del av relasjonen, og innebærer dermed ingen reell ulikhet. Dette gjelder særlig fordi rolleforholdet opphører idet pasienten går ut av sin pasientrolle. Ulikhetene er dermed ikke konstante. På denne bakgrunnen vil sykerollen, ifølge Parsons, ikke automatisk innebære at pasienten havner i avmakt.

Selv om pasienten er avhengig av at legen skal gjøre henne frisk, blir det altså ikke et reelt maktforhold, siden avhengigheten er en del av lege-pasient-konseptet og dermed også premisset for denne bestemte friheten. Dette gjør, ifølge Parsons, at forholdet de to aktørene imellom ikke blir ubalansert:

”The role of the doctor is seen as socially beneficent, and the doctor-patient relationship is inherently harmonious and consensual even though it is characterized by an unequal power relationship.”<sup>338</sup>

Han anerkjenner den potensielle ubalansen mellom pasienten og legen, men ser den som harmløs fordi den ligger implisitt i forholdet. Situasjonen blir dermed ikke en reell maktutøvelse: Idet pasienten går ut av sin pasientrolle og tilbake til den opprinnelige, vil maktforholdet de to aktørene imellom være opphevet, og pasientens autonomi vil være intakt.

Parsons' oppfatning av de to gruppens forhold til hverandre vil være basert på deres respektive direkte virkninger. Legene og pasientene utfyller hverandre; den ene ville ikke hatt legitimitet uten den andre. I et funksjonalistisk perspektiv som dette vil interaksjonen mellom de to gruppene per definisjon være likevektig: Ubalansen gruppene imellom vil være selve premisset for at harmoni og balanse finnes aktørene imellom.

Denne tolkningen står som motsats til oppfatningen om medisins autoritet og makt over pasienten, og dens potensial til å passivisere, som var knyttet til kulturmenneskets behov for å lindre ubehaget. Nå vil pasienten snarere innta en

---

<sup>338</sup> Lupton, Deborah: *Medicine as culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*, 2004 (1994), s. 7–8

posisjon der det er hun som legger premissene, og der ubehaget ikke har noen sentral rolle. Medikaliseringkritikken vil ut fra dette perspektivet ikke være gyldig.

Nå kan man innvende at medikaliseringkritikken ikke nødvendigvis bare er rettet mot forholdet lege–pasient, men medisinsens rolle overhodet. Men det parsonske perspektivet kan benyttes i situasjoner generelt der man tenker seg at pasienten blir passivisert av frykt, bekymring eller unødvendig medisinerer.

Et eksempel på faren for at den enkeltes frihet begrenses, kan være ved såkalt overbehandling (se kap. 1.2). Dette vil si å behandle enten der sykdommen ikke vil gi seg utslag i løpet av pasientens levetid eller der man ikke vet om funnet noen gang kommer til å utvikle seg til å bli en sykdom eller et helseproblem. Vi står overfor et dilemma, og som Siri Forsmo formulerer det:

”I de fleste tilfeller der celleforandringer forekommer, vil man ikke utvikle kreft selv om man ikke blir behandlet. Vi har imidlertid ingen mulighet til å vite hvilke tilfeller som vil utvikle seg til cancer, og dermed må alle behandles.”<sup>339</sup>

Man blir altså medisineret for tilstander som ikke nødvendigvis behøver behandling på det aktuelle tidspunktet. Enten kunne man ha ventet til lenger ut i sykdomsforløpet, eller man kunne kommet til at medisinerer ikke ville være nødvendig i det hele tatt, som i tilfellet med prostatakreft (se kap. 7.2). Overflødig medisinerer kan føre til unødvendig bekymring og inngrep på mennesker som ellers ville falt fra av andre årsaker før det aktuelle krefttilfellet ville ha gitt symptomer. Et estimat er at dette gjelder 20–30 % av invasive krefttilfeller. I slike tilfeller vil tidlig diagnostikk ikke føre til bedre livskvalitet, men det motsatte.<sup>340</sup>

Jeg konkluderte med at nettopp denne bekymringen kunne utgjøre et lindrende middel fordi det dannet et fellesskap, og behandling kunne gi en følelse av å beherske kildene til ubehag – det samme premisset som ved mulig overbehandling i geriatrien (se kap. 10.1).

---

<sup>339</sup> Forsmo, Siri, 2003

<sup>340</sup> Godlee, Fiona: ”Preventive medicine makes us miserable”, BMJ, vol 330/2005

Men som jeg har drøftet her, har eventuell overbehandling også potensial ikke bare til å lindre ubehaget, men også til å oppnå og å vedlikeholde autonomi hvis rolleforholdet er balansert.

### **Privilegier**

Kritikernes innvendinger legger stor vekt på individenes reduserte frihet, integritet og livskvalitet som konsekvenser av medisinenes økte plass i befolkningens liv og hverdag. Parsons viser imidlertid til at sykerollen ikke kun behøver å gi begrensninger, men at den snarere kan gi privilegier. Til sykerollen er det knyttet visse rettigheter og plikter. Blant annet kan man få sosial aksept for å opptre som syk.<sup>341</sup> Sykdom vil i utgangspunktet forhindre en fra å kunne fungere normalt, og det vil være begrensninger for hva man er i stand til å foreta seg. Det blir en merkelapp som reduserer ens autonomi.<sup>342</sup> Man vil være ute av stand til å handle som vanlig, sier Parsons, og man blir tvunget til å støtte seg til andre. Men dette trenger ikke være negativt. I stedet for å føle en negativ avhengighet gir de normene som følger pasientrollen mulighet til å fjerne seg fra sosiale forpliktelser og forventninger rettet mot en. Ved å gå inn i en pasientrolle kan man se for seg at man også går ut av sin alminnelige rolle som borger, arbeidstaker, familiemedlem og venn. På den måten blir man lettet for det ansvaret disse rollene også innebærer, samt for å følge de ulike kutymene og uskrevne normene de krever. Man kan bli unnskyldt for ikke å delta på aktiviteter som er kjedelige eller bryssomme<sup>343</sup>, og man kan lettere unnskyldes for avvikende adferd.<sup>344</sup> ”Medical excusing” gjelder alt fra å bli sykemeldt fra jobben til å

---

<sup>341</sup> Lian, Olaug S., 2004, s. 110

<sup>342</sup> Skrabanek, Petr; James McCormick: 1998 (1989). (Autonomi-begrepet slik det er brukt hos Skrabanek og McCormick, vil ikke representere et menneskes fullstendige forhold til tilværelsen og sitt eget liv slik det er benyttet i avhandlingen)

<sup>343</sup> Ibid.

<sup>344</sup> En studie publisert i *Social Science & Medicine* i 2008 viser imidlertid at flere faktorer spiller inn når det gjelder i hvilken grad ulike diagnoser kan gi sympati fra omgivelsene. Studien begrenset seg til diagnoser for psykiske lidelser, men er likevel relevant i denne sammenhengen som et eksempel på sykdommer og diagnosers betydning utover selve det kliniske. Studien viste variasjoner i befolkningens holdning til enkelte sykdommer avhengig av om de var arvelige eller ikke. (Eksempelvis hadde man lavere toleranse for arvelig belastet schizofreni enn ikke-arvelig depresjon.) Jeg går ikke inn på de ulike resultatene, da hensikten her kun er å vise at bildet er noe mer komplisert enn det jeg presenterer i diskusjonen om Talcott Parsons' teorier om sykerollen. (Schnittker, Jason: "An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance", *Social Science & Medicine*, vol 68, 2008, s. 1370–1381)



få offentlige støtteordninger og bli fritatt for straffeansvar i straffesaker.<sup>345</sup> På denne måten kan sykdom virke til den enkeltes fordel, da man kan få sympati der man ellers ville mottatt anklager.<sup>346</sup> Skrabanek og McCormick trekker frem disse tingene ved sykerollen som eksempel på at man *mister* autonomi, og ser det som uheldig da det går på bekostning av å delta i et normalt liv<sup>347</sup>. Men fra en annen synsvinkel kan pasientrollen altså også gi frihet, spillerom og privilegier.

Spørsmålet blir i denne sammenhengen hva den enkelte gjør ut av sin situasjon, det samme budskapet Nietzsches Zarathustra hadde til befolkningen. Man kan ikke sitte passivt og vente på å bli satt fri – man må selv sørge for at det skjer. Ved å endre fortegn ved pasientrollen og bruke de mulighetene en slik rolle kan gi, kan kulturmennesket i utgangspunktet ha mulighet til å oppnå autonomi.

### **Kritikk til den funksjonalistiske modellen**

Parsons' sykdomsmodell er blitt kritisert for å reflektere den amerikanske middelklassens syn på sykdom.<sup>348</sup> Mangelen på kritisk blikk på de to gruppene – og på vilje til å se nyansene mellom dem – er andre innvendinger. Parsons ble kritisert for å fremstille pasienten som takknemlig og passiv og legene som velmenende, kompetente og uegennyttige.<sup>349</sup> Ikke minst ble han kritisert for å overse konfliktpotensialet mellom to sterkt avklarte grupper med ulike interesser.

Et annet problem med teorien er at det ikke tas hensyn til den høye sosiale status leger har i samfunnet.<sup>350</sup> Dette kan gjøre rolleulikheten mellom lege og pasient så stor at ubalansen ikke vil opphøre, eller at det i hvert fall skal mye til for at den gjør det.

---

<sup>345</sup> Conrad, P.: "Medicalization and social control", *Annual review of Sociology*, s. 216. Det vises her til Halleck, S. L.: *The Politics of Therapy*, New York: Science House, 1971

<sup>346</sup> Smith, Richard: "In search of 'non-disease'", *BMJ*, vol 324/2002

<sup>347</sup> Skrabanek, Petr; James McCormick, 1998 (1989)

<sup>348</sup> Mæland, John Gunnar: "Sykdom og helse i et sosialmedisinsk perspektiv", i Mæland, John Gunnar mfl.: *Sosialmedisin – i teori og praksis*, 2004. s. 86

<sup>349</sup> Lupton, Deborah, 2004 (1994), s. 8

<sup>350</sup> En gallupundersøkelse foretatt på vegne av Kunnskapsdepartementet i 2009 viste at ved siden av lærer og sykepleieryrket rangerte legeyrket øverst, med 73 % som mente dette var det viktigste yrket. (ref. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/pressesenter/pressemeldinger/2009/larer-og-sykepleier-de-viktigste-yrkene.html?id=554521>). Legeyrkets høye sosiale status kommer også frem gjennom fagets høye opptakskrav, og at rekrutteringen til legeyrket er skjev med hensyn til sosial bakgrunn. (se for eksempel Hansen, M.N., "Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet", *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125:2213–5/2005)

Legen vil stå i et maktforhold til pasienten fordi han er i besittelse av pasientens liv / utsikter til liv, og er dermed også en autoritet overfor pasienten.

Men det er ett viktig element i det tilfellet jeg undersøker i denne sammenhengen som gjør at rollefordelingen snus – nemlig at de som anvender helsetilbud som presymptomatisk diagnostikk faktisk er uten symptomer, og slik sett presumptivt friske.

Dermed er det likevel pasienten som sitter i en maktsituasjon, og forhandlingssituasjonen blir annerledes: Legen skal i utgangspunktet ikke behandle, og pasienten er teknisk sett verken avhengig av legen eller helsetjenesten for å beholde sin gode helse. Den parsonske tesen om at lege–pasient-forholdet er situasjonsbestemt og at det eksisterer en rollefordeling der man utfyller hverandre, kan altså beholdes. Og i dette tilfellet – når pasienten faktisk er frisk, vil det være pasienten som er i besittelse av et maktpotensial i relasjonen.

#### **Foucault og utjevning av maktforholdet**

Den som er enda mer eksplisitt på at lege–pasient-forholdet ikke behøver å innebære maktulikhet, er Michel Foucault. Han ser ikke de to gruppene som et maktulikhetsforhold, men et forhold der partene utfyller hverandre. Han går også bort fra den tradisjonelle sterk/svak-posisjonen, og setter opp en ny relasjon.<sup>351</sup>

Parsons mente at det kunne være et maktforhold mellom partene, men at dette opphørte idet lege–pasient-forholdet opphørte. Også Foucault aksepterer at forholdet mellom aktørene er eller kan være maktutøvelse, men vektlegger ikke i like stor grad situasjonen som en tidsavgrenset konstruksjon. Heller ser han på hva dette maktforholdet egentlig innebærer, og kommer til at maktulikhetsforholdet ikke behøver å være negativt eller skadelig for noen av partene. Makt kan utøves uten at det innebærer at en part overstyrer den andre. Ubalansen mellom to parter trenger altså ikke bety maktulikhet eller at en part er underdanig den andre. Aktørene behøver

---

<sup>351</sup> Modellen går under betegnelsen *governmentality*. I denne sammenhengen begrenser jeg meg til å ta i bruk hovedtrekkene i teorien, der maktbegrepet defineres som en maktbalanse – basert på en underliggende forhandling – mellom to parter, fremfor (det mer tradisjonelle synet) en ubalanse til den ene partens forkleinelse. En nærmere utdyping av teorien finnes imidlertid i M. Foucault: *Forelesninger om regjeringskunst og styringskunst*, nr. 2 og 4, Cappelen upopulære skrifter, Cappelen Akademisk forlag, Oslo 2002

ikke ha en vinn/tap-posisjon, som medikaliseringkritikken baseres på. Foucault vil heller undersøke hvorvidt situasjonen kan ha samme virkning/konsekvens for begge – altså om begge kan dra nytte av den – eller motsatt.

Forholdet mellom pasienten og legen er fra dette perspektivet ikke polarisert og låst; snarere trekker de to partene veksler på hverandre i et gjensidig avhengighetsforhold. Situasjonen innebærer en dialog, en bevegelig relasjon, fremfor aktører som står mot hverandre og konkurrerer om å kapre posisjon.

Når maktforholdet slik medikaliseringkritikerne bygger sin kritikk på, er opphørt, vil pasienten stå i en unik posisjon. I dette tilfellet skjer det både fordi vi ser forholdet lege–pasient fra en posisjon der ingen står over den andre og fordi pasienten er presumptivt frisk.

#### **Eksempel på pasientens maktpotensial: mammografiundersøkelsene for brystkreft**

Et godt eksempel på brukernes besittelse av makt og potensial for autonomi er mammografiundersøkelser for kvinner i risikoalderen for brystkreft. Medikaliseringkritikerne vektla faren for at slike undersøkelser ville gjøre kvinnene unødig bekymret, og påpekte omkostningene ved å gjennomgå flere undersøkelser og til og med konkrete inngrep.

Dette synet korresponderer langt på vei med Freuds teori om avledninger fra ubehaget, der ubehaget lindres, men på bekostning av dømmekraft og integritet. Ubehaget – her i form av bekymring for å være syk – blir lindret ved å la seg undersøke, og på grunn av bekymring og oppmerksomhetsforskyving vil interessen og kapasiteten til den enkelte skyves fra det utadvendte og aktive til det mindre og inaktive.

Men snur vi perspektivet, kan den rollen kvinnene innehar – og de mulighetene den gir – snarere sette dem i en maktposisjon. For som jeg har vist tidligere, er det uenighet om mammografiundersøkelsenes effekt – og hvis brukerne tar beslutninger om å anvende programmet ut fra disse opplysningene, kan det føre til at oppslutningen om programmet svekkes. Dette vil igjen undergrave dets legitimitet og

true dens eksistens: Uten deltakere vil det måtte stanses. Dette gir kvinnene et forhandlingsgrep, nemlig ikke å delta. Dermed har en ny situasjon oppstått, og maktbalansen er rokket ved idet tilbyderne ikke lenger har den overlegne rollen. De er avhengige av at kvinner vil undersøkes, ellers faller hele mammografiprogrammets legitimitet. Kvinnene vil i denne situasjonen ha overtaket; det er de som gjør at programmet holdes i live.

Antakelsen om brukernes potensielle maktposisjon i akkurat dette tilfellet kan også støttes av at det later til å være en bestemt gruppe mennesker som benytter seg av tilbudet. Flere undersøkelser har vist at det er forskjeller mellom dem som deltar og dem som ikke deltar på organiserte masseundersøkelser:

”Screeningdeltakere er mere raske, høyere uddannede, bruker færre sundhedsydelse, scorer høyere på kognitive tester og har en lavere samlet mortalitet end ikke-deltagere.”<sup>352</sup>

Det later altså til at den gruppen som helst møter til undersøkelser, er de kvinnene med høy utdanning og inntekt,<sup>353</sup> og som generelt også har bedre helse.<sup>354</sup> Dette kan ha sammenheng med at kunnskap både om brystkreft og om effekten av mammografiundersøkelsene kan være utslagsgivende for om man deltar eller ikke, og at ressurssterke mennesker orienterer seg om betydningen av undersøkelsene i større grad.

Dermed kan vi tenke oss at de som benytter seg av et tilbud om tidlig diagnostikk, vil ha god nok integritet til ikke å la seg forlede eller bli hemmet av bekymring.

---

<sup>352</sup> Brodersen, John, Lunde, Inga Marie: ”Konsekvenser af usikkerheder og overdiagnosticering ved screening”, *Ugeskrift for Læger* 2002; 164 (02): 181. Om dette oppgis flere referanser: Sackett DL.: ”Bias in analytic research”, *J Chronic Dis* 1979; 32: 51–63, Froom P, Melamed S; Kristal-Boneh E.; Benbassat J.; Ribak J.: ”Healthy volunteer effect in industrial workers”, *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 731–735, Ganguli M, Lytle ME, Reynolds MD, Dodge HH.: ”Random versus volunteer selection for a community-based study”, *J Gerontol A, Biol Sci Med Sci* 1998; 53: M39–M46, Weiss NS, Rossing MA.: ”Healthy screened bias in epidemiologic studies of cancer incidence”, *Epidemiology* 1996; 7: 319–322

<sup>353</sup> Solbjør, Marit: *Women’s experiences of mammography screening: Decision making, participation and recall*. Avhandling for graden philosophiae doctor ved NTNU 2008: 263, s. 18ff

<sup>354</sup> Sosial- og helsedirektoratet: Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, 1/2005

Studien jeg presenterte i kapittel 10.1 om hvordan kvinner forholdt seg til falske positive mammografiresultater, bygger opp under dette. Her kom det frem at de var klare over faren for slike utfall, men så på den som en akseptabel konsekvens av mammografiundersøkelsene.<sup>355</sup>

Slik får kvinnene større innflytelse på behandlingen, og skjevfordelingen av makt som vi så i utgangspunktet, vil fordeles. Det er kvinnene som kjenner best til sin egen kropp og symptomer. Legen på sin side kan ikke beholde sin posisjon og autoritet om det ikke var for pasientens velvilje.

Spørsmålet i neste omgang er om kvinnene virkelig kommer til å benytte seg av denne muligheten til å legge premisser for situasjonen og å oppnå autonomi. Som jeg skal vise nedenfor, er det store muligheter for at hun ikke kommer til å gjøre det.

### **3. Er makten en illusjon – og vil den brukes?**

Jeg har nevnt flere momenter som tilsier at brukere av tilbud om tidlig diagnostikk kan ta autoritet gjennom sin posisjon, snarere enn å være ofre for en medikaliseringkultur.

Det er likevel argumenter mot at kulturmennesket kommer til å benytte seg av dette maktpotensialet. For å holde fast ved eksempelet med mammografiundersøkelser mener jeg det er tre grunner til at kvinnene ikke kommer til å velge bort tilbudet om disse undersøkelsene, i alle fall ikke i så stor skala at programmet mister sin legitimitet.

#### **Medisinens autoritet**

For det første er ideen om medisins autoritet så innarbeidet at man ikke uten videre utfordrer den. For det andre er det en reell risiko for at man er rammet av kreft som krever behandling, der prognosene faktisk later til å bli bedre om det blir oppdaget og behandlet tidlig. For det tredje virker det som at det stadig økende helsetilbudet og oppmerksomheten omkring risiko og sykdom gir folk en identitet som potensielt syke, og med det et behov for å forsikre seg om at de er friske.

---

<sup>355</sup> Schwartz, Lisa M. mfl., 2000

Når det gjelder det første momentet, medisins autoritet, vil noen kunne bestride dette med at pasientene i dag er mer opplyste enn noen gang. Informasjon om både sykdommer og behandlingsalternativer er godt tilgjengelig. Med økt informasjonstilgang blir befolkningen også stadig flinkere til å orientere seg, og pasienter kan i prinsippet opparbeide seg mer kompetanse på egen helse og mulige diagnose. Man blir altså mindre avhengig av helsepersonell.

Nå burde dette være i tråd med en av de forutsetningene medikaliseringskritikerne setter for å avmedikalisere samfunnet. En godt opplyst og informert befolkning vil i større grad være i stand til å ta kunnskapsbaserte avgjørelser med hensyn til behandling og intervensjon, og på den måten ta kontroll selv.

Michel Foucault hevdet imidlertid at en slik løsning snarere vil føre til enda større medikalisering av befolkningens liv; folk ville bli nødt til å tilegne seg mer medisinsk kompetanse og slik bli enda tettere knyttet til helsetjenesten. I den grad medikalisering innebærer et liv på helsetjenestens premisser, vil de være ytterligere oppmerksomme på selv å oppdage symptomene og følgelig ha enda større bevissthet omkring risiko og mulig sykdom. De vil være oppmerksomme på at de har særlig høy risiko for å rammes av en bestemt sykdom, hvilket vil være like identitetsskapende som å være potensiell pasient, eller som om de faktisk hadde benyttet seg av tilbudet om mammografi:

”Those who argue that lay people should become more informed about medical matters, so as to ‘take control’ from doctors, may be regarded as paradoxically advocating a greater ‘medicalisation’ of people’s lives by encouraging them to acquire more medical knowledge for themselves more actively.”<sup>356</sup>

Man kunne innvende at det ikke nødvendigvis behøver å være den enkelte selv som må opparbeide medisinsk kompetanse, da de blir representert av interesseorganisasjoner – som i dette tilfellet kan være Kreftforeningen. De har vært aktive debattanter og arbeidet for innføringen av mammografiprogrammet, og er

---

<sup>356</sup> Lupton, Deborah: ”Foucault and the medicalication critique”, i Petersen, Alan mfl.: *Foucault health and medicine*, s. 107

generelt i besittelse av høy kompetanse på feltet. Som en interesseorganisasjon kan man også kunne si at de representerer den enkelte kvinne, og ved at hun har talspersoner som målbærer hennes sak, vil hun ikke ha behov for å tilegne seg kompetanse på egen hånd. Følgelig vil hun heller ikke bli berørt eller preget av å måtte være oppmerksom på – og sette seg inn i – problemfeltet.

Når Foucaults argument likevel vil være gyldig, skyldes det at pasientorganisasjonenes standpunkter og målsettinger kan være preget av at de er en aktiv aktør som opererer på vegne av en gruppe med særlige behov, og der enkeltindividet er viktigst. Den andre typen aktør som vurderer et helsetilbuds eksistensberettigelse, og i hvilken grad det skal anbefales, vurderer det på makronivå.

Hva man velger å legge vekt på, vil prege konklusjonene.

Dette tydeliggjøres i den argumentasjonen som føres i debatten. I en artikkel trykket i det amerikanske tidsskriftet *Cancer* gjør Kreftregisteret det klart at de både ser og aksepterer problemet med falske positive som følger av mammografiprogrammet. De mener fordelene veier opp for ulempene, som dessuten har potensial til å modereres. Eksempelvis vil graden av de psykiske konsekvensene av falske positive komme an på hvor forberedt kvinnene er på å bli innkalt på nytt. Informasjon vil slik kunne bidra til å dempe slagsidene ved undersøkelsene.<sup>357</sup> De argumenterer også med at antallet falske positive ikke bør bli for lavt, da man dermed trolig vil miste flere reelle tilfeller. Falske positive er med andre ord en nødvendighet for en tilfredsstillende diagnostikk, og selv om man ønsker et så lavt antall som mulig, er det ingen målsetting å komme ned på null.

En artikkel fra kreftregisteret viser også hvordan ulike aktører vektlegger ulike sider av saken:

”Vi har i denne artikkelen valgt ikke å drøfte falskt positive og falskt negative testresultater, intervallkreft og faren for overdiagnostisering.” Konklusjonen som trekkes, er: ”Både på bakgrunn av de fakta vi har presentert i denne artikkelen og de alternativer som kan tenkes, synes stortingsvedtaket fra 1998 om å tilby offentlig

---

<sup>357</sup> Hofvind, Solveig, Thoresen, Steinar, Tretli, Steinar: “The Cumulative Risk of a False-Positive Recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program”, *Cancer*, vol 101, nr. 7, 2004.

mammografiscreening til alle kvinner i alderen 50–69 år, å være god helsepolitikk.”<sup>358</sup>

Konklusjonen trekkes ikke på grunnlag av manglende eller feilaktig informasjon, men på bakgrunn av den informasjon som synes relevant for interessegruppen.

Men hva som er ”god helsepolitikk”, kommer an på hvilke interesser man representerer. For når det er klare anbefalinger til publikum om at man skal benytte seg av tilbudet, vil også informasjonen bære preg av det. Informasjonen behøver ikke være ukorrekt, og heller ikke ufullstendig. (Tilfeller av det siste har forekommet, for eksempel hos Kreftregisteret, der informasjonen var mangelfull når det gjaldt overdiagnostisering. Dette er nå revidert.)<sup>359</sup> Derimot vil én og samme opplysning for Kreftforeningen og meningsmotstanderne føre til ulik konklusjon.

Aktørene nevnt over har individet i sentrum for sin aktivitet. Motsatt vil aktører med makroperspektiv komme til andre konklusjoner. Her er det spørsmål om lønnsomhet som er viktig. En representant for denne posisjonen er Per-Henrik Zahl, som skriver i en artikkel at den samfunnsøkonomiske lønnsomhet ved mammografiscreening er bestemt av to hovedfaktorer: kostnadene ved undersøkelsene og reduksjon i dødelighet.<sup>360</sup> Men hva som er forsvarlig kostnadmessig, og hva som er tilstrekkelig reduksjon, vil det være uenighet omkring ut fra hvem sine interesser man representerer. Hvis ett spart leveår koster 40 000 kroner (tall fra 1999),<sup>361</sup> vil argumentene for hvorvidt dette er samfunnsøkonomisk forsvarlig eller ikke variere med hvilke interesser man tolker det ut fra: pasienten eller hennes pårørende, eller økonomi regnet på makronivå.

Spørsmålet er heller ikke bare av økonomisk karakter. Omkostningene fysisk og psykisk vil også variere ut fra den enkelte. Som nevnt over vil omkostningene for den

---

<sup>358</sup> Wang, Hege mfl.: ”Reduserer organisert mammografiscreening dødelighet av brystkreft? Kreftregisterets syn på den aktuelle debatten”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 211–213/2002

<sup>359</sup> Schlichting, Ellen: ”Er mammografiscreening nyttig?” Tidsskrift for Den norske lægeforening, 124: 2226/2004

<sup>360</sup> Zahl, Per-Henrik.: Samfunnsøkonomisk lønnsomhet av mammografiscreening i Norge. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120: 256–7/2000

<sup>361</sup> Schlichting, Ellen: ”Er mammografiscreening nyttig?”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 124: 2226/2004



ene gruppen være av mindre betydning, mens for den andre vil det være et av de tyngste argumentene for å underbygge kritikken. De samme dataene og det samme utfallet av en undersøkelse kan slik tolkes ulikt, og erfares ulikt, og konklusjoner og anbefalinger vil aldri kunne sies å være objektive.

### **Pasientens makt?**

Når så spørsmålet om den enkeltes makt over situasjonen blir drøftet som over, vil Foucaults påstand være korrekt. Selv om det er andre aktører som tar seg av den enkeltes interesse, må man likevel være oppmerksom på hvilken informasjon og hvilke argumenter et standpunkt hviler på. Den enkelte kvinne kan la seg representere av en pasientorganisasjon med et klart standpunkt, men hvis hun vil legge objektive data til grunn for å foreta en avgjørelse, vil hun fremdeles selv måtte gjøre undersøkelsene.

Konklusjonen blir at hvis kvinnene skal ta en kvalifisert avgjørelse om hvorvidt de vil benytte seg av mammografiundersøkelsen eller ikke, vil de selv måtte tilegne seg kompetanse på feltet. Å sette seg inn i feltet vil i seg selv vært ressurskrevende, og ifølge Foucault vil pasienten dermed ende i en situasjon der opptattheten og konsentrasjonen rundt egen helse likevel er dominerende. At den enkelte er uavhengig av helsetjenesten fordi hun er i besittelse av kunnskap og slik sett er en selvstendig aktør, må derfor ses på som en påstand med mange modifikasjoner. Hun har potensial til å foreta egne vurderinger, men dette vil måtte innebære å sette seg inn i et kompetansefelt som er tidkrevende. Dette gjelder selv om hun har egne aktører – eksempelvis pasientorganisasjoner – til å presentere seg.

**Det andre momentet** som gjør at befolkningen, på tross av innvendinger, trolig vil fortsette å benytte seg av tidlig diagnostikk, er at det faktisk gjøres funn som kan og må behandles. Hvor mange liv som faktisk reddes, finnes det ikke sikre tall på, ettersom man vanskelig kan etablere kontrollgrupper for denne undersøkelsen.

Det er likevel godt dokumentert at tidlig diagnostikk som mammografiundersøkelser for brystkreft sparer liv ved at kreft oppdages tidlig og behandling iverksettes i

tide.<sup>362</sup> Dette i seg selv er et argument for at tilbudet vil bli brukt, og underbygges av at enkelte påføres skyldfølelse hvis de ikke møter til kontroll og siden får diagnosen brystkreft. Dette ble drøftet da man vurderte om masseundersøkelser for symptomfri livmorhalskreft skulle innføres i Norge:

”Det skjulte løftet som er innebygget i tilbud om helsekontroller – nemlig å oppdage sykdom på et tidlig tidspunkt – kan bidra til å gi pasienter skyldfølelse for den sykdommen de eventuelt måtte lide av. De kan tenke at sykdommen kanskje kunne vært unngått om de hadde kommet til helsekontroll i tide. (...) Man får skyldfølelse for ikke å ha forebygget en sykdom.”<sup>363/364</sup>

Da har man ikke gjort hva man kunne for å holde seg frisk, og har på et vis ansvaret selv.

Direktør ved Nordic Cochrane Centre (Rikshospitalet i København), Peter C. Gøtzsche, påpeker at innkallingene til brystkreftundersøkelser i seg selv kan legge press på kvinnene. Han viser til at man i enkelte land oppfordrer kvinnene til å begrunne sine valg hvis de avstår fra å la seg undersøke. Slik fremstår undersøkelsen som en borgerplikt.<sup>365</sup>

Det er ikke gitt at en slik undersøkelse ville gjort noen forskjell, men ideen om at kreftsykdommen kunne vært avverget om man selv hadde tatt ansvar, vil likevel være til stede. Det viser seg at mange lar seg undersøke på grunnlag av frykt, en frykt som har sin forklaring i at når man får høre at noen har mistet livet i brystkreft, blir man selv redd for å bli rammet.<sup>366</sup>

Jeg mener dette underbygger antakelsen om at selv om pasientene har tilgang på informasjon og er tilstrekkelig opplyste til å ta avgjørelser på egen hånd, vil

---

<sup>362</sup> Ibid.

<sup>363</sup> NOU 1987:8 *Masseundersøkelser for kreft i livmorhalsen*, Sosialdepartementet

<sup>364</sup> Det som her betegnes som “helsekontroll”, er i denne avhandlingen definert som “helseundersøkelse”

<sup>365</sup> Gøtzsche, Peter C.: "Commentary: Medicalisation of risk factors", *BMJ*, vol 324/2002

<sup>366</sup> Kaufert, Patricia A.: "Women and the debate over Mammography: An Economic, Political, and Moral History" i Sargent, Carolyn F., Brettell Caroline B.: *Gender and Health. An International Perspective*, 1996

medisinen som fagfelt trolig like fullt ha det siste ordet når den enkelte skal ta en beslutning om hun skal delta eller ikke.

**Det tredje punktet** har sammenheng med det vi kan kalle pasientidentitet, som jeg var inne på under presentasjonen av Parsons' argumentasjon. Vi får et stadig økende helsetilbud, og i dette tilbudet legges det stor vekt på risiko og sykdom. Dette kan gi befolkningen en oppfatning av at de som individer og personer er skjøre og svake, som igjen kan gi en identitet som potensielt syke. Man får et behov for å forsikre seg om at man er frisk, og vi ser igjen en oppmerksomhetsforskyvning.

Stor oppmerksomhet rundt potensiell sykdom kan gjøre at befolkningen blir bekymret og ønsker å undersøkes for sikkerhets skyld. Dette kan være mot bedre vitende, men bekymringen er sterkere. Iona Heath mener at jo mer det preventive og helseforebyggende arbeidet fokuserer på risiko og formidler til befolkningen de mange måter det er mulig å dø på, desto mer usikre blir folk på fremtiden, og desto mer bekymret blir de.<sup>367</sup>

Behovet for å bli tatt vare på blir sterkere, og selv om kvinnene i utgangspunktet er i en situasjon der de kunne ha kommet i posisjon, tatt kontroll over egen kropp og helse og dernest blitt en sterk aktør mot helsetjenesten selv, blir de passivisert av frykt og bekymring. Dermed velger de å benytte seg av de tilbudene de får uten protester eller kritiske innvendinger. Den maktbalansen som potensielt kunne ha preget situasjonen, blir aldri etablert, og individet blir omformet til potensielle pasienter karakterisert av redusert makt.

### **Så – tiden er likevel ikke inne?**

Med utgangspunkt i kulturmenneskets ubehag vil presymptomatisk diagnostikk, i dette eksempelet mammografiundersøkelser for brystkreft, være et eksempel på at kvinnenes ubehag som kulturmennesker blir lindret ved å få forsikring om at de er ved god helse. To av kildene til kulturmenneskets ubehag – mangel på kontroll over naturen og kroppen – vil slik mestres. Uvissheten elimineres, og kontroll er tatt tilbake.

---

<sup>367</sup> Heath, Iona: "Who needs health care – the well or the sick?" *BMJ*, vol 330/2005

Men at de må benytte seg av lindrende midler for å minimere ubehaget, betyr ikke at kvinnene er gjort handlingslammet eller uten mulighet til å handle. Snarere står de potensielt i en maktposisjon, da programmets legitimitet og eksistens hviler på deres etterspørsel etter det. De har dermed potensiell makt til å definere sin egen rolle. På samme måte som man hadde potensial til å hente frem integritet da kristendommen falt som lindrende middel, har man det samme når man står overfor helsetjenester som nevnt her.

Men på tross av dette – og kritikken mot undersøkelsenes svakheter, som faktisk kan generere flere pasienter og mer sykdom – mener jeg det er grunn til å tro at kvinner fremdeles vil benytte seg av tilbudene. Primært vil dette skje på grunn av den ubalansen som ligger mellom dem og medisinen/helsetjenesten. Parsons' forsøk på å utjevne ubalansen mellom de to aktørene vil ikke lykkes, i og med at han forutsatte at relasjonen lege/pasient var strengt funksjonell og ikke hadde konsekvenser utover selve sykeperioden. Bekymringen var ikke tatt med i modellen.

Heller ikke forhandlingsmodellen Foucault presenterte, vil kunne anvendes i dette tilfellet, siden den vil sette krav til partenes posisjon. Når kvinnenes rolle i møtet med helsetjenesten er basert på frykt og bekymring, er de ikke lenger bevisste brukere med forhandlingsmuligheter. Forutsetningene for å oppnå autonomi er borte.

Konklusjonen må da sies å være at kvinnene – i dette eksempelet – har mulighet til å oppnå autonomi, både overfor sin egen situasjon og den i utgangspunktet autoritære medisinen, men at de ikke vil komme til å benytte seg av den. Helsetilbudene de benytter seg av, vil lindre ubehaget, men fordi de har et valg om å benytte seg av dem, vil det kunne sies å være demping av ubehaget, ikke en avledning.

### **Neste kapittel**

Jeg har nå konkludert med at selv om man har potensial til å oppnå autonomi ved hjelp av å benytte tidlig diagnostikk, vil man ikke nødvendigvis ta den i bruk. Mye av årsaken til det er at det ligger frykt til grunn for å gjøre undersøkelsene.

Men diagnostikken jeg har tatt utgangspunkt i til nå, er regnet for å være relativt upresis, med et høyt antall falske positive og negative. Jeg har vist eksempler på at det ikke er gitt at falske positive tester gir dramatiske konsekvenser for dem som er berørt, men dette behøver ikke bety at kulturmennesket vil benytte tidlig diagnostikk som middel til å oppnå autonomi. Jeg har argumentert for at kulturmennesket vil fortsette å benytte seg av tilbudene, men da i stor grad motivert av bekymring, hvilket ikke vil gi potensial til å oppnå autonomi.

Det vil være grunn til to typer bekymring: for å være syk og for å få et falskt negativt prøveresultat. I begge tilfellene vil man ha behov for medisinsk intervensjon så raskt som mulig. Begge tilfeller krever dermed undersøkelser i seg selv – men selv de som tester korrekt negativt, kan ikke være sikre fordi de potensielt kan tilhøre gruppen falske negative og likevel være behandlingstrengende. Selv om et positivt resultat kan bety en lettelse, vil hundre prosent av dem som ikke får en diagnose, kunne oppleve frykt for å ha testet falskt negativt.

Dette vil bidra til å styrke kulturmenneskets ubehag; man konfronteres med en frykt som i verste fall forverres ved hjelp av det som skal være et lindrende middel. Den eneste måten det kan fortsette å lindres på, er at man lar seg undersøke hyppigere.

I den grad frykt gjør at brukerne ikke vil vurdere å avstå fra undersøkelsene og heller ikke oppnå autonomi, blir neste spørsmål om valgene endrer seg når diagnostikken blir mer presis. Genomisk diagnostikk, som er brukt som eksempel her, vil trolig være mer presis enn diagnostikken som er tilgjengelig i dag, og vil i så fall ikke skape like stor usikkerhet. I mange tilfeller vil man oppnå større grad av konkrete behandlingsbehov for de syke og mindre sannsynlighet for å være falsk negativ.

Da vil kan hende sannsynligheten for å kunne oppnå autonomi bli større fordi vi vil ha økt mulighet til å ha kontroll over naturens overmakt og kroppens skrøpelighet, og dermed to av ubehagets kilder.

Jeg skal i neste kapittel drøfte hva en mer presis diagnostikk, og forhåpentligvis mindre usikkerhet, kan ha å bety for kulturmenneskets ubehag.

## ***Kapittel 11 Nye diagnostiske metoder: betydning for kulturmenneskets ubehag?***

### **1. Fremtidig diagnostikk**

Diagnostikken som ligger til grunn for problematikken jeg har drøftet til nå, har vært basert på tradisjonelle metoder som billeddiagnostikk, blod- og celleprøver. I dag arbeides det imidlertid aktivt for å komme frem til metoder for presymptomatisk diagnostikk som skal være mer presise enn hva vi har tilgang på i dag. Eksempelet jeg vil benytte her, er basert på genteknologi. Dette skal gi mulighet for å avdekke behandlingstrengende sykdom på et tidspunkt der prognosene er bedre, og i denne sammenhengen blir spørsmålet om hvorvidt denne nye diagnostikken kan ha betydning for kulturmenneskets ubehag.

#### **Muligheter og begrensninger**

Diagnostikken som genomforskningen tar sikte på å utvikle, kan avdekke potensial for sykdom (se kap. 1.2). Når ”presis” diagnostikk er drøftet i denne sammenhengen, er det diagnostisering av allerede utviklet sykdom der karaktertrekkene er kjent, men da på et tidligere tidspunkt enn hva som hittil har vært mulig. Et premiss som vil ligge til grunn her, er at denne type presymptomatisk diagnostikk vil gi betydelig bedre prognoser for helbred og overlevelse enn hva vi har tilgang til i dag.

Diagnostikk ved hjelp av genomisk medisin vil regnes som presise og pålitelige tester. Hovedregelen vil være å avdekke behandlingsbehov, og helbred og overlevelse vil være målet. Nå vil absolutt sikker og presis presymptomatisk diagnostikk i kreftdiagnostikken være teknisk umulig å oppnå fordi selv om en uregelmessighet blir oppdaget tidlig, vil svulstens karakter ikke nødvendigvis være kjent. Man kan ikke vite i hvilken retning den vil utvikle seg – som god- eller ondartet svulst.

Eksempelet i dette resonnementet vil derfor være en idealtipe som egner seg for å drøfte hva som ville vært konsekvensen for kulturmenneskets ubehag om diagnostikken hadde vært helt presis og man faktisk hadde fått kontroll over de

viktigste komponentene i kulturen, livet og døden. Vil man da fri seg fra ubehaget og oppnå autonomi?

For å vise diagnostikkens potensielle bruksområde og forventningene til denne kunnskapen vil jeg først gjøre rede for bakgrunnen og forventningene til det som her kalles genomisk diagnostikk. Dette viser betydningen av teknologien og betydningen for kulturmenneskets tilpasning til kulturen.

Deretter vil jeg drøfte hvordan situasjonen ville vært om diagnostikken hadde vært presis, og om diagnostikk og behandling da ville lindre ubehaget. I så fall vil spørsmålet være om det da kun vil dempe ubehaget eller være en avledning. Siden vil jeg drøfte hva denne type diagnostikk kan ha å si for kulturmenneskets eventuelle autonomi.

### **Genomisk diagnostikk: prosessen og forventninger**

Prosjektet med å kartlegge hele det menneskelige genom kan føres tilbake til 1981. Nå hadde man fått oversikt over proteinsammensetningen i mennesket. Dette lå til grunn da man fikk ideen om å starte et prosjekt som skulle fremskaffe all den informasjonen som var nødvendig for å lokalisere defekte gener og diagnostisere en rekke medisinske forhold på et presymptomatisk stadium.<sup>368</sup>

Et prosjekt som dette ville komme til å bli av svært stort omfang, og i 1988 etablerte forskere det som ble kalt Human Genome Organization (HUGO) – et internasjonalt forum som skulle koordinere de ulike internasjonale prosjektene for, så godt det lot seg gjøre, å unngå at sammenfallende prosjekter pågikk på samme tid.<sup>369</sup> To år senere, i 1990, etablerte man det som ble kalt The Human Genome Project (HGP). Det var et internasjonalt, offentlig finansiert prosjekt som hadde som oppgave å kartlegge og sekvensere hele det menneskelige DNA.<sup>370</sup>

---

<sup>368</sup> Goujon, Philippe: "From Biotechnology to Genomes. The Meaning of the Double Helix", 2001: "(...), it stimulated the idea of mapping the whole of the human genome (...). Such a map would provide the information needed to locate defective genes as well as predispositions to a number of pathologies."

<sup>369</sup> Wilkie, Tom: *Perilous Knowledge. The Human Genome Project and Its Implications*, 1993, s. 92

<sup>370</sup> Sulston, John; Ferry, Georgina: *The common thread. A story of science, politics, ethics and the human genome*, 2002, s. viii

Hovedpoenget med The Human Genome Project i medisinsk sammenheng har vært å forstå sammenhengen mellom våre genetiske variasjoner og vanlige sykdommer, en innsikt som burde øke mulighetene for å forebygge og behandle nedarvede uregelmessigheter.<sup>371</sup> Dette kan være mulig fordi man med denne type kunnskap nå får oversikt over hele den menneskelige genmasse på én gang. Dette kan enkelt beskrives som at DNA-molekylet utgjør de enkeltelementer en organismes arvemateriale er bygget opp av, mens genomet er beskrivelsen av hvordan de er ordnet for å fungere som de gjør:

”(...) the human genome sequence [is] simply put, (...) the order in which the letters of the genetic alphabet are arranged along the chromosomal DNA strands that are millions of letters in length.”<sup>372</sup>

Ved å sekvensiere det menneskelige genom og slik få detaljert informasjon om hele den menneskelige organismen håpet man etter hvert å kunne gjøre det mulig å finne frem til ødelagte og potensielt sykdomsfremkallende gener. Med denne type kunnskap ville det bli mulig ikke bare å gjenkjenne avvik, men å kunne korrigere dem. Man ville bli i stand til å diagnostisere og behandle sykdom på et presist og nøyaktig nivå.

Dette ville så gjøre det mulig å lokalisere defekte gener med potensial for å forårsake sykdom, og dernest kunne gi presis behandling. Det er flere sykdommer der behandling og prognoser er direkte knyttet til genetiske forutsetninger, for eksempel kreft, osteoporose, Alzheimers sykdom, schizofreni, diabetes og astma. Kunnskap om risikofaktorer gjennom genetisk innsikt ville gjøre oss i stand til å utvikle forebyggende strategier.<sup>373</sup> Man ville vektlegge forebygging heller enn diagnostisering og behandling, som til nå hadde vært den kliniske medisins primær oppgaver. I tillegg ønsket man å finne ut mer om våre anlegg for de mest vanlige sykdommene, inkludert kreft.<sup>374</sup> Man snakket om personalisert behandling, og diagnostisering og behandling av ufødte barn.<sup>375</sup>

---

<sup>371</sup> Jones, Judy: “The Human Genome Project. The impact of new technologies in medicine” (Intervju med R. L. Zimmern), *BMJ*, vol 319/1999

<sup>372</sup> Richards, Julia E., Hawley, Scott R.: *The human genome*, 2005

<sup>373</sup> Jones, Judy, 1999

<sup>374</sup> Antonarakis, Stylianos E. and Mauron, Alex: “Living with DNA”, *50 years of DNA* (Business weekly), 2003 s. 46–47

<sup>375</sup> *50 years of DNA*, (Business weekly), “Bradley lets gene genies out of the bottle in post-genomic push”, Interview with Professor Allan Bradley, (Usignert artikkel), s. 17–18



Gjennombruddet i forskningen ble da også mottatt med stor oppmerksomhet, og forventningene var store. Dette viser igjen at ideen om presis diagnostikk faktisk ikke er en utopi. Den 26. juni 2000 presenterte daværende president Bill Clinton, foran et massivt pressekorps, det han kalte “an epic-making triumph of science and reason”.<sup>376</sup> Gjennombruddet var at forskerne nå hadde kartlagt så godt som hele det menneskelige genom – 97 prosent. Prosjektet hadde blitt sammenliknet med å sende mennesker til månen,<sup>377</sup> og forventningene var enorme. Da president Clinton kunngjorde nyheten for verden, erklærte han følgende: “It is now conceivable, that our children will know the term cancer only as a constellation of stars.”<sup>378</sup>

Også på et globalt nivå ville dette være av enorm betydning. FNs generalsekretær Kofi Annan uttalte at hvis denne teknologien kunne fordeles rettferdig på befolkningen i hele verden, ville den

“(…) offer new opportunities for improving global health (…)”  
and hopefully helping developing countries to break free of one  
of the biggest threats in the sub-Saharan Africa; Malaria”.<sup>379</sup>

Dette ble altså ikke bare sett på som en revolusjon innen diagnostikk alene, men som døråpner for endelig å oppnå bedre helse i befolkningen på et globalt plan, og å utjevne forskjellene mellom menneskene. Til sammen var forventningene til funnet og funnets potensial enorme.

### **Funnets potensial**

Inntil nylig har primærutfordringen innen genetik og bioteknologi vært å kartlegge levende organismers genom – altså summen av genmaterialet i organismer som planter, dyr og mennesker. Nå er vi imidlertid i ferd med å gå over i en ny fase – det som er blitt kalt den postgenome perioden – tiden da vi skal begynne å anvende kunnskapen.<sup>380</sup>

---

<sup>376</sup> Marshall, Eliot: “Human Genome: Rival Genome Sequencers Celebrate a Milestone Together,” *Science magazine*, 30. juni, 2000

<sup>377</sup> Weissmann, Gerald: *The Year of the Genome. A Diary of the Biological Revolution*, 2002, s. 201

<sup>378</sup> BMJ (red.): “Celebration and shame”, vol 321/2000

<sup>379</sup> 50 years of DNA, (Business weekly), “Sanger scientists are hailed by UN chief for malaria research” (usignert artikkel), s. 25

<sup>380</sup> Quested, Tony and Fountain, Ben: “Bradley lets gene genies out of the bottle in post-genomics push”, *50 years of DNA* (Business weekly), 2003, s. 17–18

Det vil da være en rekke problemstillinger forbundet med tidlig diagnostikk av symptomfri sykdom som kan være av betydning når diagnostikk ved hjelp av denne teknologien skal drøftes med hensyn til kulturmenneskets ubehag eller autonomi. Overbehandling er et eksempel, så også å få falske positive prøvesvar. Man finner en uregelmessighet, og setter gjerne i gang inngrep uten å være sikker på om behandling er påkrevet.

I fremtiden vil disse problemstillingene trolig forsterkes, når diagnostisering ved hjelp av genom blir mer tilgjengelig. Dette ble omtalt i tidsskriftet *Science* 2000:

“This explosion of genetic knowledge comes with some heavy ethical and social baggage: It is not clear how society will deal with the growing potential to manipulate genomes, and many governments are grappling with how to protect individual rights once the technology exists for reading each person’s genome.”<sup>381</sup>

Med diagnostikk basert på den enkeltes genetiske forutsetninger kan begrepet presymptomatisk diagnostikk knyttes til to hovedkategorier som er relevante i denne sammenhengen. Først har vi den opprinnelige: å lokalisere sykdom som allerede er, men som fremdeles ikke har gitt symptomer. Dette kan eksempelvis være diagnostikk av kreft på et presymptomatisk stadium, hvilket vil drøftes nedenfor.

Dernest er det de nye mulighetene for å få oversikt over hele kroppens tilstand. Nå er det ikke bare snakk om sykdom som allerede har rammet kroppen, men også anlegg for sykdom som med større eller mindre sikkerhet vil bryte ut. I denne kategorien ligger også prenatal diagnostikk, det vil si diagnostisering av sikker genetisk sykdom hos fostre. (Dette vil ikke behandles her, da det er den enkeltes forhold til ubehaget som er tema, hvilket ikke vil berøre fostre. Fordi det er den enkeltes egen sykdom som drøftes, vil heller ikke barnets foreldres reaksjoner bli drøftet.)

---

<sup>381</sup> Pennisi, Elizabeth: “Breakthrough of the year: Genomics Comes of Age”, *Science* 22 December 2000, s. 2220–2221

## **2. Genomisk diagnostikk: betydning for kulturmenneskets ubehag**

Betydningen av tidlig diagnostikk for kulturmenneskets ubehag har til nå vært preget av at metodene har vært usikre, hvilket har gjort at det når det har lindret ubehaget, har gjort det i form av å avlede fra det. Når diagnostikken skal være mer presis, er også usikkerheten ment å være mindre. Dermed vil vi ha kontroll over ubehagets kilder, altså kroppens skrøpelighet og naturens overmakt. Med denne typen diagnostikk – som skal være presis og dermed gi bedre prognoser og kontroll over de to nevnte kildene – kan kulturmenneskets ubehag tenkes å kunne lindres kun ved å dempes, og ikke som en avledning. Siden vil også spørsmålet reises om hvorvidt den kan bygge opp under kulturmenneskets eventuelle autonomi.

I det følgende skal først diagnostikken sett i lys av kulturmenneskets ubehag drøftes. Det er to ulike måter denne diagnostikken kan anvendes på: for ervervet sykdom og anlegg for sykdom. Jeg skal se på begge.

### ***Genomisk diagnostikk I: for ervervet kreftsykdom***

Et eksempel på anvendelse av genomisk diagnostikk for ervervet sykdom, er diagnostikk av magekreft. Dette er en krefttype der symptomene først gir seg til kjenne på et terminalt stadium, og det anslås at kun 10–20 % av pasientene overlever de første fem år. Ved NTNU i Trondheim har det vært forsket på en metode for tidlig diagnostikk av magekreft ved hjelp av mikromatriseteknologi.<sup>382</sup>

DNA-mikromatrise (mikroarray) er et nytt molekylærbiologisk verktøy der man i én enkelt analyse kan registrere aktivitetsnivået for titusener av gener i celle- eller vevsprøver, og slik studere genuttrykket i kreftceller fra mageslimhinnen.

Denne type diagnostikk vil kunne gi mer presise resultater fordi man kan analysere et stort antall gener samtidig. Dermed vil man kunne lokalisere svulster tidligere, samt ha bedre mulighet til å klassifisere dem, forutsi sykdomsforløpet og skreddersy behandlingsopplegg.

---

<sup>382</sup> For kort omtale av prosjektet, se: Sundar, T.: ”Ny DNA-teknologi stiller store krav til datavitenskapelige metoder”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2000; 120:1363. Prosjektet var en del av prosjektet Funksjonell genomforskning (FUGE), mer informasjon om dette finnes på deres nettsider: <http://www.ntnu.no/fuge>. Prosjektet er finansiert av Forskningsrådet, og ytterligere informasjon finnes på deres nettsider: <http://www.forskningsradet.no>

I motsetning til den kreftdiagnostikk som er tilgjengelig i dag, vil man heller ikke være like avhengig av patologens erfaring, og muligheten for presis og korrekt diagnostikk vil være større.<sup>383</sup>

Målsettingen er å utvikle metoder for å diagnostisere og å tilrettelegge behandlingen av magekreftpasienter på et presymptomatisk stadium. I første omgang forsøker man å utvikle en metode som med en viss grad av nøyaktighet kan registrere unormal aktivitet i cellene, for deretter å definere dens karakter. Dette vil gi langt bedre prognoser for den aktuelle sykdomstypen enn hva som er mulig i dag.

### ***Genomisk diagnostikk II: avdekke anlegg for uhelbredelig sykdom***

Den andre typen presymptomatisk diagnostikk ved hjelp av denne typen teknologi gjelder sykdom som ligger latent, og der utbrudd vil – eller kan – komme på et senere tidspunkt i livet, men der det ikke finnes behandling.

Et eksempel på dette er Huntingtons sykdom.<sup>384</sup> Dette er en uhelbredelig og arvelig kromosomfeil der disposisjon kan avdekkes på et tidlig tidspunkt ved hjelp av genanalyser. Huntingtons sykdom er en nervesykdom som skyldes en arvelig genfeil. Symptomer kan være rykninger i kroppen, tidvis reduksjon i pusteevnen samt personlighetsforandringer. Man regner den som dødelig om lag 10–25 år etter utbrudd. Symptomene vises som regel ikke før i 30–40-årsalderen, og heller ikke her finnes det adekvat behandling. Både presymptomatisk diagnostikk av friske individer i risikogruppen og fosterdiagnostikk er tilgjengelig for å få brakt på det rene om man er bærer av denne genfeilen og vil bli rammet av sykdommen.

Hensikten med å diagnostisere for denne type sykdom er enten å forberede et sykdomsforløp eller å få bekreftet at man ikke er bærer av genfeilen og dermed ikke vil rammes av sykdommen.

Det som er problematisk med å skulle diagnostisere Huntington, er at sykdommen er uhelbredelig. Det er også kun 50 % av barna til en bærer som risikerer å få

---

<sup>383</sup> Norges forskningsråd: *FUGE – Funksjonell genomforskning i Norge. Underlagsdokumenter*, 2001

<sup>384</sup> <http://legehandboka.no/nevrologi/tilstander-og-sykdommer/bevegelsesforstyrrelser/huntingtons-sykdom-2492.html> (Norsk Elektronisk legehåndbok)

sykdommen. Idet man står overfor en reell mulighet til å få et slikt svar, vil den enkelte bli satt i et dilemma i forbindelse med hva man ønsker å vite.<sup>385</sup>

Motivasjon for å ta testen vil være å bli beroliget om å være frisk. Men muligheten er der til å få vite at man vil bli syk, og i så tilfelle vil det være uten tvil. Når det ikke finnes behandling, vil det få stor innvirkning på fremtidsutsiktene. Det er grunn til å frykte at ettersom symptomene for Huntington kommer så sent, vil en visshet om hva som venter trolig gjøre skade på livskvaliteten snarere enn å føre til en konstruktiv forberedelse på den situasjonen som vil komme. Dette støttes av at det er påvist at pasienter med denne sykdommen har høyere risiko for selvmord.<sup>386</sup>

### **Betydning for ubehaget**

Der man ved hjelp av gentester vil avdekke sykdom som kun er potensiell eller ligger latent, kan man diskutere om informasjonen er til det gode. Problemstillingen vil bli sentral både der det er mulig å intervensere og der det ikke foreligger slike muligheter. Der intervensjon kan foretas, vil pasienten måtte ta stilling til om han ønsker å medisineres for fremdeles ikke-eksisterende sykdom eller ikke. På tilsvarende vis vil informasjonsproblematikken gjøre seg gjeldende for sykdommer der intervensjon ikke er mulig, som med Huntingtons sykdom.

Man kan si at det å selv kunne vurdere, velge eller velge bort forebyggende eller terapeutisk behandling vil kunne betraktes som økt personlig frihet. Men det vil også være en fare for at denne typen informasjon vil føre til tvil og usikkerhet hos pasienten, som igjen kan underminere opplevelsen av integritet og helse.<sup>387</sup>

Konklusjonen i tilfellet Huntington er at ubehaget som kulturmennesket erfarer, vil bli styrket, da dets maktesløshet overfor naturen blir enda tydeligere. En positiv test kan oppleves som en lettelse, da noen pasienter opplever at det er enklere å håndtere

---

<sup>385</sup> Taylor, Sandra D.: "Predictive genetic test decisions for Huntington's disease: context, appraisal and new moral imperatives", *Social Science & Medicine*, vol 58, 2004, s. 137–149

<sup>386</sup> Novak, Marianne J.U.; Tabrizi, Sarah J.: "Huntington's disease", *BMJ*, 3. Juli 2010 Vol. 341

<sup>387</sup> Getz, Linn; Sigurdsson, Johann A; Hetlevik, Irene: "Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?" *BMJ* vol 327/2003. Se også: Freeman AC; Sweeny K.: "Why general practitioners do not implement evidence: a qualitative study", *BMJ* vol 323/2001 og Getz, L.; Nilsson PM, Hetlevik I.: "A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world", *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 3–9

dette enn uvissheten.<sup>388</sup> Det vil likevel være et valg mellom to onder: å risikere å få kunnskap om en uhelbredelig dødelig sykdom, eller å leve i uvisshet. Det er derfor sannsynlig at teknologien i dette tilfellet – som gjør at tilbudet og dilemmaet finnes i det hele tatt – vil bidra til å styrke ubehaget.

Når det derimot gjelder diagnostikk for en helsetilstand som jeg har nevnt over, nemlig magekreft, er hensikten med undersøkelsen nettopp å spore faktisk sykdom for å iverksette behandling så tidlig som mulig – og dermed å gi bedre prognoser enn det som er mulig i dag. I dette tilfellet har man behandlingsmuligheter klare, og motivasjonen med å utvikle mer avansert diagnostikk er å kunne anvende disse. Fordi kulturmennesket nå er i besittelse av faktisk kontroll over ubehagets kilder, kan man slutte at diagnostikken faktisk lindrer ubehaget.

### **Oppsummering**

Spørsmålet om ny og presis diagnostikk kunne ha større forutsetninger for å lindre ubehaget fordi man ville få sikker viten og bedre prognoser, eller om ubehaget kunne forsterkes, fikk et todelt svar. Det ser ut til at tidlig diagnostikk for ikke-helbredelig og potensiell sykdom ikke ville ha en effekt der kroppens skrøpeligheit og det at vi er underlegne naturen, blir tydelig. Denne effekten er den samme som beskrevet i kapittel 6.5, da kreftsykdommens inntreden i kulturen og befolkningens bevissthet ble beskrevet. Informasjonen var betydningsfull fordi det var en sykdom som rammet stadig hardere, og som burde behandles tidlig. Men fordi behandlingen enten ikke var god nok, eller den kliniske nytten ikke tilfredsstillende – for eksempel når befolkningen på den ene side vet at det er noe som heter kreftrussel, men på den annen side ikke er godt nok kjent med den til å kjenne igjen symptomer – har man kun oppnådd kunnskap i folket om en dødelig sykdom, men liten mulighet til å forebygge eller helbrede. Det blir ikke nødvendigvis mindre dødelighet, men mer bekymring fordi ubehagets kilder ikke mestres, og dermed forsterket ubehag.

Når det gjaldt hypotesen om at presis diagnostikk kunne lindre ubehaget, var premisset at undersøkelsene måtte resultere i bedre prognoser. Da ville man ha mulighet til å intervenere, og kroppen og naturen ville være underlagt

---

<sup>388</sup> Novak, Marianne J.U.; Tabrizi, Sarah J., 2010

kulturmenneskets kontroll. Tidlig diagnostikk der nye og presise metoder ble tatt i bruk, ville slik gi bedre prognoser. På den måten kunne den ha potensial til å virke positivt på kulturmenneskets ubehag.

Et av de viktigste argumentene mot presymptomatisk diagnostikk i dag er det store antallet falske positive. Men ved den type diagnostikk det er snakk om her, vil andelen faktisk syke som ikke oppdages, bli mindre. Slike undersøkelser vil fremdeles involvere friske mennesker, både fordi de nødvendigvis vil være en del av den utvalgte risikogruppen og fordi det alltid vil være noen falske positive funn. Med mer presise metoder og bedre prognoser kan man også tenke seg at resultatet falskt positiv, eller det å være i risikozonen for den aktuelle sykdommen, ikke vil ha noen negativ betydning, siden regelen er å bli frisk. Det å få et negativt utslag vil ikke nødvendigvis ha dramatisk betydning.

### **Konklusjonen er todelt**

Det følger av dette at genomisk diagnostikk vil kunne lindre ubehaget fordi den er presis og pålitelig. Dette gir sikker kunnskap om helsetilstanden og bedre prognoser for den enkelte lidelse. Det viser også at kulturmennesket har mestret ubehagets kilder: Kroppen er ikke lenger selvrådende, og dermed er også naturen kontrollert.

Premisset for denne konklusjonen er imidlertid at funnene må kunne behandles og at man faktisk blir frisk fra sykdommen som undersøkelsene har avdekket. Hvis man ikke kan behandle for den aktuelle sykdommen, vil dette kravet ikke innfris.

Et annet viktig moment er at diagnostikk som dette sannsynligvis ikke vil gi den illusjonen av fellesskap som er nødvendig, ettersom diagnostikk på gennivå kan bli personlig. Dermed blir følelsen av en overbygning og et fellesskap borte.

Følgen av dette er at ubehaget ikke lindres når det gjelder genomisk diagnostikk av sykdom som ikke kan behandles; i verste fall ville det kunne forsterkes, siden kildene til ubehag ble enda tydeligere. Men fordi det vil være mulig å etablere klare retningslinjer på hvordan undersøkelsene skal benyttes, kan konflikten unngås. Denne type diagnostikk vil dermed ikke ha veldig stor betydning for kulturmenneskets ubehag, verken i den ene eller andre retningen.

Det er imidlertid et annet problem som kommer i kjølvannet av denne type diagnostikk, og som i større grad vil forsterke ubehaget. Dette skjer når diagnostikken blir enda mer presis. Slik det ble vist eksempler på, er problemstillingen omkring overskuddsinformasjon sentral i diagnostikken i dag, og den vil bli økende etter hvert som teknologien omkring dette blir mer avansert og vil avdekke flere helsemessige uregelmessigheter. Nå kan man ikke lenger velge hvilken informasjon man ønsker, og heller ikke avstå fra undersøkelsene. Denne problemstillingen vil drøftes nedenfor.

### **3. Når diagnostikken blir for presis?**

Selv om undersøkelsen og de mulighetene den gir, viser at mennesket har kontroll over kildene til ubehaget, er det ikke dermed sagt at det samme vil skje når den skal anvendes. Det konkrete eksempelet her var diagnostikk for magekreft, men teknologien er avansert og vil etter hvert kunne få større anvendelsesområder. Jo mer presis en diagnostisk metode er, desto større potensial har den til å gi utilsiktet overskuddsinformasjon, som nevnt i kapittel 11.1. Diagnostikk på bakgrunn av genanalyser kan føre til en slik situasjon, men man står ikke uten erfaring på feltet. Ultralydundersøkelser for gravide har gitt de samme utfordringene. Her var intensjonen å undersøke for noen konkrete tilstander, men endte opp med å avdekke tilstander man ikke kan gjøre noe med.

I det følgende skal jeg beskrive hvordan problemstillingen var, og hvordan den ble løst.

#### **Eksempel: ultralyd for gravide**

Da ultralydteknologien for gravide kom i bruk på 1980-tallet, var hensikten å fastsette fødselstermin, lokalisere morkaken og å oppdage eventuelle flerlinge graviditeter. Man skulle slik redusere risikoen for komplikasjoner, og dermed trygge mor og barn. Men etter hvert som billedteknologien er blitt mer avansert og de generelle sosiale



forventningene til undersøkelsene har økt, har undersøkelsene fått større preg av å lete etter uregelmessigheter og å diagnostisere.<sup>389</sup>

Flere typer synlige anatomiske avvik kan nå identifiseres, som ryggmargsbrokk og hjertefeil. Men også mindre avvik er mulig å lokalisere, eksempelvis leppe-ganespalte.<sup>390</sup> Testen kan også vise avvik som gir mistanke om kromosomfeil. Dermed er det mulig både å finne avvik og å stille diagnoser, og det som i utgangspunktet var en helsekontroll, har utviklet seg til å bli en undersøkelse for fosterdiagnostikk.<sup>391/392</sup>

Dette korresponderer med kritikken medikaliseringskritikerne fremmet, nemlig at medisinske tiltak kan føre til mer sykdom (se kap. 1.2).

Professor Anna Louise Kirkengen ved Universitetet i Tromsø og Linn Getz, førsteamanuensis ved NTNU, har funnet at den stadig mer avanserte fosterdiagnostikken har påført både blivende foreldre og ufødte barn betydelig skade, i at man får tilgang på detaljert informasjon og blir stilt overfor store moralske dilemmaer.<sup>393</sup> Fordi billedkvaliteten er bedret, er det også større fare for å lokalisere detaljer som ikke nødvendigvis har betydning.

Eksempelet viser hvordan ny teknologi med presise resultater kan ha betydning for kulturmenneskets opplevelse av ubehaget. Mangel på kontroll over kroppen og naturen blir tydeligere fordi antall diagnoser øker, og muligheten for å gjøre noe med dem blir færre.

Lege og medisinsk journalist James Le Fanu skriver at på 30-tallet hadde en lege om lag et dusin godkjente legemidler til å behandle de ulike sykdommene med. Tretti år

---

<sup>389</sup> Getz, Linn; Kirkengen, Anne Louise: "Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas", *Social Science & Medicine*, vol 56, 2003, s. 2045–2057

<sup>390</sup> Getz, Linn: "Prenatal diagnostikk – et minefelt med etiske snubletråder", i Hjortdahl P, Almind G (red): *Medisinsk årbog 2002*, s. 49–60

<sup>391</sup> Forsmo, Siri, 2003, s. 72

<sup>392</sup> For en utførlig utredning om utviklingen av praksisen med ultralydundersøkelser for gravide, se Kvande, Lise: *Bilete av svangerskap – bilete av foster. Ultralyd-diagnostikk i norsk svangerskapsomsorg 1970–1995*, Avhandling for graden doctor artium, NTNU: 2008: 103

<sup>393</sup> Getz, Linn mfl., 2003, s. 2045–2057

senere vil dusinet legemidler ha vokst til over 2000.<sup>394</sup> Det er ingen grunn til å tro at denne utviklingen vil stanse eller reverseres. Richard Smith skriver at vi ser et økende antall diagnoser generelt, en tendens som vil fortsette å stige særlig fordi genteknologi gjør det mulig å dele opp kjente enkeltlidelser til mange ulike.<sup>395</sup>

Dette kunne virket i retning av at kulturmennesket hadde demonstrert sin kunnskap og overlegenhet, og dermed lindret ubehaget. Man ville hatt kontroll over kroppen og naturen ved å kunne lokalisere sykdom og navngi den. Men i dette tilfellet er tilkortkommenheten større, ettersom det ofte ikke er mulig å intervensere. Kulturmenneskene har vist sine evner i å være resonnerende, teoretiske og praktiske, men fordi de ikke har kontroll over konsekvensene, har de heller ikke autoritet over kroppen og naturen.

Kulturmennesket har skapt flere diagnoser og mer sykkelighet, men ikke løsninger for å helbrede dem. Ifølge medikaliseringkritikerne vil dette føre til en økt opptatthet av sykdom, og en konsekvens av å skulle være for opptatt av farene for å bli syk eller skadet er, ifølge Illich, at hele vår oppfatning av kroppen preges av det. Den ses på som skjør og en potensiell bærer av sykdom og skade, og må ha hjelp utenfra for å fungere.<sup>396</sup>

Dette kan også føre til at vi mister troen på at vi selv kan vurdere vår egen helbred. John Brodersen og Inga Marie Lunde skriver i sin artikkel at den viktigste ulempen ved program for masseundersøkelser i fremtiden kan vise seg å være at de underminerer menneskenes tillit til at de selv kan vurdere sin egen helse.<sup>397</sup>

Ivan Illich sier om dette:

”The so-called health professions (...) destroy the potential of people to deal with their human weakness, vulnerability, and uniqueness in a personal and autonomous way.”<sup>398</sup>

---

<sup>394</sup> Le Fanu, James: *The rise and fall of moderne medicine*, 2001 (1999) s. 206

<sup>395</sup> Smith, Richard: “In search of ‘non-disease’”, *BMJ*, vol 324/2002

<sup>396</sup> Illich, Ivan, 2002 (1975/1995), s. 33

<sup>397</sup> Brodersen, John, Lunde, Inga Marie: ”Konsekvenser af usikkerheder og overdiagnosticering ved screening”, *Ugeskrift for Læger* 2002; 164 (02): 181

<sup>398</sup> Op.cit. s. 33

Kulturmenneskets bruk av sine evner later dermed til å ha forverret tilstanden av ubehag. Man har benyttet sine evner, men endt opp med å miste kontrollen over kroppen og naturen.

Dette ble demonstrert ved bruk av diagnostikk som avdekket uhelbredelig sykdom som med Huntington. Dette vil ikke bidra til å lindre ubehaget, snarere tvert imot. Kulturmennesket har da selv utviklet en diagnostikk som understreker egen tilkorkommenhet og at man er maktesløs overfor ubehagets kilder.

Det samme gjelder når teknologien gir overskuddsinformasjon, det vil si informasjon man ikke har bedt om, som for eksempel ved ultralydundersøkelser for gravide. Her vil ubehaget kunne styrkes fordi man ikke kan gjøre noe med tilstanden.

På den annen side kan undersøkelsen bekrefte normalitet, og vil slik kunne gi lettelse og dermed også lindring av ubehaget. Genomisk diagnostikk kan også gi bedre prognoser og redde liv.

Slutningen kan derfor også bli at i den grad genomisk diagnostikk finner sykdom og gjør den håndterbar, og ved å øke livskvaliteten og levealderen, vil den kunne være et lindrende middel. Den vil kunne lindre ubehaget ved at tilværelsen blir lettere å bære generelt (man er frisk), men også fordi man tar tak i kildene til ubehag og viser at man har kontroll over dem. Dette igjen demonstrerer kulturmenneskets kontroll over ubehagets kilder. Kroppens tilstand blir underlagt kulturmenneskets kontroll, så også naturen.

På spørsmål om diagnostikken kan lindre ubehaget, kan en klar konklusjon ikke trekkes da det kommer an på diagnostikkens bruksmåte.

Et viktig spørsmål som gjenstår da, angår det autonome kulturmennesket – som ikke har behov for å lindre noe ubehag. Her vil sidene ved diagnostikken nevnt over ikke ha noen betydning. Spørsmålet som må stilles, er hvorvidt denne type diagnostikk kan ha relevans for kulturmenneskets autonomi.

#### **4. Den genomiske diagnostikkens rolle for det autonome kulturmennesket**

Over ble ulike former for ny diagnostikk drøftet mot kulturmenneskets ubehag og behov for å lindre det. Men hvis kulturmennesket ikke hadde et slikt ubehag – hvis kulturmennesket snarere var autonomt – kunne diagnostikken så bidra til å opprettholde eller styrke stillingen som autonomt menneske?

I kapittel ni viste jeg til flere tegn som kunne tyde på at kulturmennesket ikke erfarte det ubehaget jeg til da hadde lagt til grunn, men snarere hadde oppnådd autonomi. Jeg begrunnet dette med at vi så et ønske om perfektjon i kulturen, der kulturmenneskets sider ble fremmet og dyrket. Imidlertid viste jeg at de samme tendensene kunne forstås motsatt, nemlig som lindrende midler og følgelig en bekreftelse på at ubehaget fremdeles plaget kulturmennesket. Som følge av at de samme tendenser kunne være tegn både på autonomi og ubehag, var det ikke mulig å trekke noen konklusjon på hvorvidt kulturmennesket kunne betraktes som autonomt eller ikke.

Jeg gikk likevel videre og undersøkte følgende hypotese: For det autonome kulturmennesket kan en bestemt type helsetjeneste ha potensial til å styrke autonomien.

Hypotesen ble i resonnementet bekreftet, men konklusjonen var likevel at det var liten sannsynlighet for at man kom til å ta dette i bruk. Dette ble begrunnet med at måten kulturmennesket anvendte slike helsetilbud på i dag, ikke reflekterte autonomi. Illustrerende var at tilbud om mammografi som ble benyttet av målgruppen, ble begrunnet med at man var bekymret. Så lenge kvinnene ikke tok et eget valg, ville man ikke kunne regne med deres dømmekraft og integritet, og i henhold til resonnementet ville de ikke være autonome.

I dette kapitlet gikk jeg tilbake til ubehaget igjen, og stilte spørsmålet om diagnostikkens betydning for kulturmenneskets ubehag. Jeg forutsatte at den var helt presis, slik den genomiske diagnostikken var ment å være. Her var konklusjonen ikke entydig. Hvis resultatet ga informasjon om uheldelig sykdom, ville ubehaget

styrkes, men om diagnostikken ga resultater som bedret prognosen for overlevelse, ville ubehaget dempes.

Spørsmålet dernest blir i hvilken grad det autonome kulturmennesket ville hatt utbytte av den samme diagnostikken og det samme helsetilbudet. Argumentasjonen vil være som tidligere, og jeg vil kun drøfte dette kort. Men jeg vil også komme inn på i hvilken grad dette vil være sannsynlig.

### **Det autonome kulturmennesket og diagnostikken**

Diagnostikk basert på kjennskap til det humane genom vil fremdeles både kunne avdekke ikke-helbredelige sykdommer og gi overskuddsinformasjon. Men konsekvensen av dette for det autonome kulturmennesket blir annerledes. Fordi han ikke har behov for lindrende midler, og kroppen og naturen ikke er en trussel, vil et eventuelt ekstra behandlingsbehov ikke nødvendigvis føre til noe negativt.

Hensikten med en slik type helsetjeneste er at man skal bli frisk, at sykdommen ikke skal være livstruende, og at levealderen skal økes. Riktignok vil heller ikke presis diagnostikk være garantist for at man blir frisk, selv om prognosen kan bli bedre. Når det gjelder det autonome kulturmenneske, vil likevel ikke dette ha noen betydning. For selv om sykdom kan føre til død, frykter han ikke naturens overmakt eller kroppens skrøpelighet, og vil dermed ikke berøres av bekymring eller ubehag.

Som vist i kapittel ni kan det være relevant å undersøke om det finnes tendenser i samfunnet for øvrig som kan støtte opp om kulturmenneskets eventuelle ubehag eller autonomi. I kapittel ni var det ikke mulig å trekke noen konklusjon, ettersom tendenser som tydet på kulturmenneskets autonomi også kunne være tegn på sterkt ubehag.

I det følgende skal jeg kort berøre den samme problemstillingen, nemlig om tendenser i samfunnet generelt kan støtte hypotesen om at kulturmennesket har oppnådd autonomi. I motsetning til i kapittel ni vil det nå kun være autonomi som drøftes, ikke både autonomi og lindring av ubehaget.

### **Kulturen for øvrig: det fragmentariske samfunnet**

Genetisk diagnostikk er en forsvinnende liten del av medisinen, og det er ikke sikkert den kan representere noe fra eller til for kulturmennesket. Men det er argumenter for at dette ikke bare er behandling og diagnostikk i seg selv, men en tenkemåte – som reflekterer kulturmenneskets måte å se seg selv og tilværelsen på.

Nå er det tegn som tyder på at en *helhetstenkning* preger vår tilnærming til tilværelsen og måte å løse problemer på i dag. Et eksempel på dette, en holistisk tenkemåte, er WHO's utvidede helsebegrep (se kap. 1.2 og 7.2), der kroppen og mennesket ses som en helhet. Her var det ikke bare ulike sider ved mennesket, som de fysiske og psykiske sidene, som skulle ses i sammenheng. Ved å sette menneskets helse i forbindelse med samfunnet ble det også stilt krav til de praktiske og materielle forholdene man levde under. Alle sider ved den enkelte skulle tas hånd om – et godt eksempel på helhetstenkning og ideen om at alt henger sammen og påvirker hverandre. Intensjonen i helsepolitikken i dag er den samme som tidligere: Vi ønsker å ivareta *hele* mennesket.

Men på samme tid finner vi motsatte tendenser som tyder på at vi er i ferd med å gå over til en mer *fragmentarisk tenkning* der man åpner for en ny persepsjon av tilværelsen som er mer stykkevis og oppdelt.

Det er ingenting i veien for at disse to tendensene kan virke samtidig, særlig fordi de gjerne virker på to ulike områder. Den første er politisk og ideologisk, den andre er synet på kroppen som reflekteres i enkelte tendenser. Det vil være den siste som er relevant i denne sammenhengen, for å belyse oppfatningen av diagnostikken og medisinsk intervensjon i sammenheng med tenkningen generelt.

Kroppen kan oppfattes som sammensatt av enkeltdeler fremfor som en helhet. Ved medisinsk bistand har vi mulighet til å skifte ut organer og erstatte dem med implantater, organer fra andre mennesker eller konstruksjoner som pacemakere.

Også når det gjelder genetikk finner vi det samme, i det som kalles genomisk diagnostikk, nettopp å se kroppen i sine minste bestanddeler, de enkelte gener.

Ideen om at vi kan ta ut – og sette på plass igjen – gener etter som vi ønsker, er blitt en del av vår felles bevissthet. Teknikken har sågar fått sitt eget språklige uttrykk, ”gensløyd”. som regel benyttet i uformelle sammenhenger, men også definert i det internasjonalt web-baserte opplysningsverket Wikipedia:

**Gensløyd**, *genspleising*, eller *genmodifisering* (*genetisk modifisering*, GM) omfatter endring av arveanleggene i en organisme: flytning av gener fra én organisme til en annen. (...) Gensløyd er et norsk begrep ved at prosessen ofte innebærer å plukke fra hverandre deler av et DNA-molekyl og spleise delene sammen på en annen måte.<sup>399</sup>

Denne måten å tenke på ser vi også i forklaringsmåter kulturmennesket tar i bruk. Mekanismene i interaksjonen mellom medisin, genetikk, samfunn og kultur kan begrepsfestes som *genetisering*.<sup>400</sup> Det kan være når man fremfor å anvende sosiale, politiske forklaringer på samfunnsproblemer heller benytter seg av genetiske forklaringer. En analogi til dette ble beskrevet i kapittel 10.1, der tilstander som vanligvis er blitt sett på som utslag av dårlig karakter, har fått en diagnose, slik som fedme og alkoholisme. En forklaringsmodell basert på genetikk vil ha den samme effekten, nemlig at handlinger og situasjoner som oppstår ikke kan ansvarliggjøres av den enkelte: De ligger nedfelt i genene, og man blir på den måten unnskyldt.

Genetisering av samfunnet kan slik ses på som en forklaringsmodell for handlinger og sammenhenger som beskrevet over, men også en måte å oppfatte tilværelsen på som fragmentarisk.

Professor Barbara K. Rothman skriver svært kritisk om nettopp dette med at genetikk også er en tenkemåte i boken *Genetic Maps and Human Imaginations*.<sup>401</sup> Det kan være en måte å tilnærme seg tilværelsen på, og som preger våre valg og verdier. En tenkning som reflekterer dette, vil da være tendensen til å ville bryte ting ned til sine enkelte bestanddeler, og vi vil bli mer fragmentariske og reduksjonistiske i vår tilnærming til omgivelsene og meningsdannelsen.

---

<sup>399</sup> <http://no.wikipedia.org/wiki/Gensl%C3%B8yd>

<sup>400</sup> Have, H.A.M.J. ten: “Genetics and culture: The genicalization thesis”, *Medicine, Health Care and Philosophy* 4/2001, s. 295–304

<sup>401</sup> Rothman, Barbara Katz: *Genetic Maps and Human Imaginations. The Limits of Science in Understanding Who We Are*, 1998, s. 13

Og det blir møtt med skepsis:

”The problem is that genetic thinking is reductionist: it breaks things up, reduces them to the smallest possible parts – adenine, thymine, cytosine and guanine (...)”<sup>402</sup>

Men genetisering og oppfatningen av mennesket bestående av enkeltkomponenter behøver ikke være uheldig. En slik detronisering vil også innebære at man står fritt og selvstendig. Etersom ett av kravene til det autonome kulturmennesket var full integritet, vil det å stå for seg kun underbygge styrken og friheten.

### **Diagnostikken, en del av mange tendenser**

Dette var noen få eksempler som viser at det autonome kulturmennesket kan finne igjen komponenter i kulturen som støtter hans uavhengighet, integritet og autonomi. I motsetning til det plagede kulturmennesket som søker lindringer, behøver han ikke overbygninger eller helhet.

På spørsmål om nevnte helsetjeneste kan ha betydning for det autonome kulturmennesket, vil svaret bli positivt. Men det vil da ikke være som en medisinsk undersøkelse i seg selv; den vil kun være et eksempel på hva kulturmennesket har ervervet, på kulturmenneskets suverenitet og kulturens fremskritt. Det vil føye seg inn i rekken av tendenser som viser at kulturmennesket er autonomt og ikke avhengig av lindrende midler.

Slik kan vi si at den genomiske diagnostikken bidrar til autonomi for kulturmennesket. Den vil likevel ikke sørge for autonomi i seg selv, men vil være et av flere *tegn* på at kulturmennesket er autonomt.

Men det vil likevel ikke være medisinen eller den bestemte helsetjeneste som særskilt bidrar til eller sørger for kulturmenneskets autonomi. Kulturmennesket som her beskrevet ville vært autonomt uavhengig av helsetjenesten. I denne sammenhengen kan det derfor ikke sies at helsetjenesten i seg selv vil ha betydning for kulturmenneskets autonomi.

---

<sup>402</sup> Ibid. s. 222



## **Kapittel 12 Oppsummering**

Spørsmålet i denne delen har vært om kulturmenneskets ubehag virkelig var så sterkt som antatt. Drøftinger ble også gjort omkring hvorvidt kulturmennesket hadde mestret kildene til ubehag og fremsto som et autonomt individ, eventuelt hadde potensial til det. Også det autonome kulturmenneskets mulighet til å hevde seg ved bruk av de helsetjenester som her er nevnt, ble diskutert.

Kjernen i argumentasjonen for dette var tendenser som tydet på at kulturmennesket nå dyrket sine sterke sider. Det kunne se ut til at dette var mer dominerende enn forsøk på å lindre et ubehag.

Jeg viste imidlertid at eksemplene jeg hadde benyttet også kunne ses på som en annen og motsatt tendens, nemlig mangel på individualitet og selvbestemmelse, og et forsøk på å lindre ubehaget. Når den samme tendensen kunne bygge opp under både antakelsen om kulturmenneskets streben etter ubehag og tegn på autonomi, fant jeg at ingen konklusjon kunne trekkes.

Videre, i kapittel 10, undersøkte jeg om kulturmennesket kunne ha *potensial* til å utvikle og oppnå den autonomi jeg har omtalt. Tidligere i avhandlingen hadde de ulike helsetiltak blitt drøftet med tanke på å håndtere ubehaget. Jeg drøftet det samme nå, men da om det var mulig å leve som autonome kulturmennesker uten lindrende midler.

Jeg fant at ulike helsetiltak faktisk kunne gi den enkelte mulighet til å oppnå autonomi og makt over eget liv og egen tilværelse. Dette kunne skje enten fordi medisinen ikke nødvendigvis hadde den autoriteten som først antatt, eller fordi det potensielt var pasientene/brukerne som hadde makten. Uten dem ville ikke helsetilbudet hatt legitimitet. Forutsetningen for denne antakelsen var imidlertid at de som ble tilbudt dette i regelen var friske, og det var frykten for det motsatte som drev dem til å la seg undersøke og til å bli en del av dette fellesskapet. Konklusjonen her ble derfor at brukerne ikke kom til å benytte seg av det maktpotensialet de hadde fordi helsetilbudene var bygget på deres frykt og bekymring.

I kapittel 11 gikk jeg videre i problemstillingen og drøftet hvilken effekt det ville ha på kulturmennesket å gjøre bruk av genomisk diagnostikk, der feilmarginen ville være betydelig redusert. Først ble dette drøftet mot kulturmenneskets eventuelle ubehag. Her ble konklusjonen at ubehaget kunne lindres i den grad funn gjorde prognosene for helbred og overlevelse bedre. Hvis den avdekket uheldelig sykdom, derimot, ville ubehaget styrkes, da kulturmenneskets manglende evne og mulighet til å kontrollere naturen og kroppen blir tydelig.

Deretter ble det autonome kulturmenneskets forutsetninger drøftet ut fra det samme utgangspunktet. Her viste jeg at genomisk diagnostikk ikke nødvendigvis førte til autonomi i seg selv, men var ett av flere tegn på det autonome kulturmenneskets måte å demonstrere autonomi på. Ved å se til kulturen for øvrig fant jeg at det ikke var diagnostikken eller genetikken i seg selv som berørte kulturmennesket. Snarere føyde dette seg inn i rekken av måter å tenke på, måter å se tilværelsen på generelt. Genomisk diagnostikk hadde på den måten betydning for det autonome kulturmennesket. Den var ikke avgjørende, men var ett av flere tegn på at autonomi var oppnådd.

### **Neste kapittel**

Til nå har jeg beskrevet og drøftet hvordan sider ved helsetjenesten kan skape mer sykkelighet i befolkningen, slik medikaliseringkritikerne hevder, men med eventuelle motsatte effekter. Det viste seg at undersøkelser, og til tider også behandling, kunne ha en positiv effekt på kulturmenneskets ubehag, selv om de ikke nødvendigvis var klinisk nødvendige – kan hende også til skade. På tross av effekten på ubehaget strider dette likevel mot ideen om at medisinen skal gjøre frisk, ikke gjøre skade. Jeg viste også at helsetjenesten hadde skapt et avhengighetsforhold fundert på frykt, som gjorde at kulturmennesket ikke ville oppnå den autonomi som var nødvendig.

Dette kan late til å være et paradoks, idet man må være syk eller presumptivt syk for at ubehaget skal kunne lindres.

Dette genererer et nytt spørsmål, nemlig om helsetjenesten og medisinen virkelig har den enkelte i sentrum, eller om det er andre hensyn som kommer først. Dette skal jeg drøfte i neste kapittel.



# Del VI

*Har medisinen og teknologien virkelig til hensikt å gjøre pasienten frisk?*



## **Kapittel 13 Medisinsk praksis: for folkets velferd?**

### **1. Har premissene til nå vært riktige?**

”I de hus jeg kommer, skal jeg komme til de sykes beste”, leser vi i Hippokrates’ ed for anvendelse av legekunsten. Den ble skrevet mellom år 430 og 330 f.Kr, men med noen variasjoner gjelder den fremdeles i dag.<sup>403/404</sup>

Når jeg har påpekt kritiske momenter ved medisinsk praksis, har jeg betraktet disse som en uintendert virkning uten å drøfte dem ytterligere. Dette gjaldt særlig hvordan medikaliseringen kunne fungere som et maktregime: at medisinen modererer den enkeltes frihet og man risikerer å miste sin integritet. Hittil er dette blitt fremstilt som en uheldig, eller naturlig, konsekvens, og det har vært mulighetene enten til å lindre ubehaget eller å utøve autonomi som har vært kjernen i drøftingene.

Men ser vi nærmere på disse kritiske momentene, må spørsmålet likevel stilles; om det virkelig er den enkeltes interesser som står sentralt i medisinsk forskning og praksis.

#### **Skadevirkninger av diagnostikken.**

Økt bruk av medisinerer kan ifølge kritikerne lede oss til å se på oss selv som *vandrende diagnoser*,<sup>405</sup> der bruk av helsetjenesten blir en naturlig del av livet uten at det nødvendigvis fører til bedre helse. Konsekvenser kan være at vi får en overmedisinering av befolkningen, og slik mer sykkelighet, men det kan også føre til direkte skade. I forbindelse med mammografiundersøkelser har man funnet eksempler på dette. Cornelia J. Baines, professor ved universitetet i Toronto, påpeker i artikkelen ”Are there Downsides to Mammography Screening?” at strålefare ved undersøkelsene kan være en risiko i seg selv.<sup>406/407</sup> Dette ble påvist i en rapport om

---

<sup>403</sup> Smith, Dale C.: “The Hippocratic Oath and Modern Medicine”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences inc.*, vol 51, 1996, s. 484–500

<sup>404</sup> Når man i dag tildeles autorisasjon som lege i Norge, forplikter man seg til å følge gjeldende lover og forskrifter i forbindelse med legegjerningen. Medlemskap i Den norske legeförening gir forpliktelser til å følge foreningens etiske regler bestående av til sammen 31 paragrafer.

<sup>405</sup> Illich, Ivan: “Death undefeated”, *BMJ*, vol 311/1995

<sup>406</sup> Baines, Cornelia J.: “Are there Downsides to Mammography Screening?” *The Breast Journal*, Vol 11 Suppl 1, 2005. s. 7–10

nytt av mammografi som ble utarbeidet av *Senter for medisinsk metodevurdering* (SMM) i 2002, nemlig at brystkreft kan ha blitt forårsaket av stråling fra mammografiapparatet, eller også av selve strålebehandlingen. Her henviste man til ioniserende stråler, som i større mengder (”gjentatte (akkumulerte) doser”) kan føre til en kreftutvikling.<sup>408</sup>

Baines mener at dette paradokset ikke skyldes selve behandlingen/mammografien selv. Hun viser til muligheten for at man ved å fjerne en tumor kunne aktivere mikrometastaser som hittil har vært inaktive.<sup>409</sup>

“Moreover, surgery may accelerate the growth of residual disease, not only by removal of anti-angiogenic factors produced by the primary tumor, but also by the production of pro-angiogenic factors.”<sup>410</sup>

Et inngrep vil altså på et vis forstyrre kroppens balanse, og det skaper mer skade enn det gjør nytte. I begge forklaringsmodeller er det den medisinske intervensjonen som skaper sykdom.

Når det gjelder mammografi for brystkreft, er uttrykket ”The Breast Cancer Mortality Paradox” brukt der man har sett at dødeligheten har vært høyere for dem som har blitt undersøkt på et presymptomatisk stadium enn for dem som ikke er undersøkt. Dette var et av funnene i en svensk studie der de første resultatene av mammografi-screening i en periode mellom 1977 og 1984 ble evaluert. Gruppen i alder 40–49 år skilte seg fra de øvrige gruppene med en høyere dødsrate enn dem som ikke var undersøkt presymptomatisk.<sup>411</sup> Artikkelforfatterne tok riktignok forbehold om at noe av forklaringen kunne ligge i at dødstillene man hadde i gruppen, var for lave til å

---

<sup>407</sup> Annen forskning viser imidlertid det motsatte, nemlig at strålefarene med de apparater vi bruker i dag, er minimal, om i det hele tatt målbar (se Philip Strax: “Mass screening to reduce mortality from breast cancer”, *Seminars on Surgical Oncology*). Så lenge det ikke er sikkerhet omkring spørsmålet, mener jeg at behandlingen må anses som å innebære en viss risiko, og vil fastholde dette i mitt videre resonnement.

<sup>408</sup> Mørland, Berit; Lund Håheim, Lise; Linnestad, Kristin: ”Screening for brystkreft. En oppsummering av kunnskapsstatus per august 2002”, SMM-rapport nr. 4/2002, Oslo, Senter for medisinsk metodevurdering, 2002., s.32 Dette er et omdiskutert tema, og konklusjonen i SMM-rapporten er at man har behov for mer forskning før man trekker konklusjoner.

<sup>409</sup> Baines, Cornelia J., 2005, s. 7–10

<sup>410</sup> van der Bilt, Jarmila D.W. Borel Rinkes Inne H.M.: ”Surgery and angiogenesis”, *Biochimica et Biophysica Acta* vol. 1654, 2004, s. 95–104

<sup>411</sup> Tabar L, ;Fagerberg CJ.; Gad A, L. Baldetorp mfl.: “Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare”, *The Lancet*, 1985; 829–832



kunne trekke statistisk troverdige konklusjoner. Likevel taler tallene for at undersøkelser utført med de beste motiver kan ha virket mot sin hensikt.

Det er også påvist at deler av teknologien brukt på noen typer tidlig diagnostikk kan ha biologiske bieffekter. Studier har vist at ultralydundersøkelser av fostre kan ha betydning for om barnet blir høyre- eller venstrehendt. Dette er i seg selv harmløst, men indikerer at ultralydstråler faktisk kan ha påvirkning på fosteret, og fagmiljøer har derfor frarådet unødig bruk.<sup>412</sup>

Alle disse eksemplene viser at tidlig diagnostikk der forventningene er bedre helse, kan ha en motsatt virkning ved å skape mer sykkelighet. Det samme kan finnes igjen i nyere medisinsk behandling. I forrige kapittel ble diagnostikk basert på genetikk drøftet, der forventningene var at resultatene skulle være mer presise, og helsen bli bedre. Ulemper ble likevel påpekt, og i denne sammenhengen aktualiserer de spørsmålet om ikke bare medisinen, men også medisinsk forskning egentlig skal komme pasienten til gode, eller om det er som Foucault hevdet, at den ikke har med pasientene å gjøre.

Som drøftet tidligere ville genetisk basert diagnostikk være bygget på presis informasjon også om den enkeltes genetiske utrustning. Men denne informasjonen vil ikke bare ha betydning for helsen. Den vil potensielt kunne brukes til andre formål enn den enkeltes helse spesielt, og det er antydning at helseopplysninger vil kunne bli brukt mot en i andre sammenhenger.

”The most commonly expressed fear is that genetic information will be used in ways that could harm people – for example, to deny them access to health insurance, employment, education, and even loans.”<sup>413</sup>

Dette er alle eksempler på at medisinsk utvikling ikke nødvendigvis er til den enkeltes beste, og i verste fall kan gi betydelig skade. Uavhengig av hvilken betydning den måtte ha for kulturmenneskets ubehag, eventuelt også autonomi, vil

---

<sup>412</sup> Westin, Steinar; Bakketeig, L.S.: “Unnecessary use of ultrasound in pregnancy should be avoided. Probably safe, but new evidence suggests caution”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol 21/2003

<sup>413</sup> Guttmacher, Alan E.; Collins, Francis S.: “Ethical, Legal, and Social Implications of Genomic Medicine”, *The New England Journal of Medicine*, 2003; 349: 562–9

spørsmålet måtte reises i hvilken grad medisinen og den medisinske forskningen er for pasientene.

## **2. Handler medisinsk forskning og praksis om å gjøre folk friske?**

Eksemlene nevnt over er konsekvenser og ringvirkninger av medisinsk intervensjon, som medikaliseringkritikken har vektlagt i sin argumentasjon. Det som er særskilt med eksemplene over, er at dette ikke bare bidrar til å skape en mentalitet og kultur der sykdom er normalisert, men også kan påføre den enkelte konkret skade.

Dette er i tråd med Michel Foucaults oppfatning av medisinsk praksis og forsknings egentlige motivasjon;

”(...) den nye lægevitenskabs og klinikkernes primære mål hverken dengang eller nu var at helbrede. Lægevidenskaben som sådan handler ikke om at gjøre folk raske, men om at finde ut af, hvorfor de er syke (...)”<sup>414</sup>

Han sier her to ting: for det første at motivasjonen og drivkraften bak vitenskapen er å granske fenomenet, å finne ut hvorfor en uregelmessighet har oppstått. For det andre hevdes det at de syke ikke har noen sentral rolle i legevirkosomheten, og at målsettingen ikke primært er å gjøre frisk.

Ser vi til historiske eksempler, kan dette synes som en troverdig påstand. Når det gjelder nyere medisin, derimot, er den i større grad regulert av lover og retningslinjer, slik at det er pasientens interesser som vil stå i sentrum. Dette er i alle fall hva vi ønsker å tro. Som jeg har vist, er det likevel en rekke eksempler på det motsatte. I det følgende skal jeg foreslå to alternative funksjoner medisinsk praksis kan ha utover å skulle helbrede og å bringe god helse, og der pasientens interesser kommer i annen rekke.

---

<sup>414</sup> Foucault, Michel: 2000 (1993) (1963) s. 16

### **Funksjon 1: å finne ut hvorfor pasientene er syke**

Forskning på syke av en karakter som ikke nødvendigvis hadde med pasienten å gjøre, har en lang historie, og var lenge sett på som uproblematisk. Så sent som i siste halvdel av 1800-tallet, for eksempel, var det helt vanlig å bruke mennesker i vitenskapelig arbeid.

“The use of human beings to confirm that a microbe caused a particular disease or to demonstrate the mode of transmission has a harsh legacy of the germ theory of disease. Unable to find a suitable animal model in which to study the disease, physicians turned to human subjects.”<sup>415</sup>

Dette har å gjøre med et alminnelig menneskesyn som også reflekteres av at det som ble regnet som egnet materiale for den type prosjekter, var individer som var på kanten av det de regnet som normalt: ”Spedbarn, døende pasienter og mentalt syke folk.”<sup>416</sup>

I dag har vi nedfelt en rekke retningslinjer for å regulere slik forskningsaktivitet. I 1967 ble Helsinkideklarasjonen vedtatt av den 18. generalforsamling i Verdens legeförening, World Medical Association (siden revidert i 1975, 1983, 1989, 1996 og 2000) – et dokument som skulle regulere medisinsk forskning ut fra etiske prinsipper. Her ble det gjort tydelig at deltakerne måtte delta etter egen frie vilje, og at de måtte være godt informert om hva de er med på: ”Forsøkspersoner som inngår i forskning, må være frivillige og informerte deltakere.”<sup>417</sup>

Dette betyr at forskningsprosjektet jeg viste til i kapittel 4.3 med Nils B. Koppang, som i 1918 benyttet seg av difteripasienter for å undersøke et nytt instrument, ikke ville funnet sted i dag. For selv om ingenting tyder på at Koppangs pasienter led overlast, ville undersøkelsen likevel stått i strid med våre retningslinjer til forskning, all den tid pasientene ikke ble bedt om samtykke.

---

<sup>415</sup> Lederer Susan E, s. 3

<sup>416</sup> Ibid.

<sup>417</sup> I Norge vil deklarasjonen erstattes av Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven) i løpet av 2009. Denne ble utarbeidet for å sørge for forpliktende regelverk, og for å sikre objektive kriterier, ettersom Helsinkideklarasjonen var nedfelt av profesjonen selv.

Men selv om både forskning og medisinsk praksis nå er regulert, kan medisinenes *motiv* og drivkrefter likevel – som Foucault hevdet – ha andre hensyn enn i første rekke å komme pasienten til beste også i dag.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er et eksempel på dette (se kap. 1.2). Dette er masseundersøkelser utført på en gitt befolkningsgruppe, der hensikten i utgangspunktet ikke primært er å ivareta den enkeltes helse, men å kartlegge helsetilstanden hos befolkningen i et bestemt geografisk område.

Den store forskjellen fra Koppangs prosjekt er, foruten at deltakerne deltar frivillig og er innforstått med hva undersøkelsen handler om, at i den grad man registrerer uregelmessigheter hos dem som undersøkes, får de tilbud om behandling eller oppfordring til nærmere utredning.<sup>418</sup> Dette kan ses på som en vinn-vinn-situasjon, ettersom vi får mer kunnskap om befolkningens helse, og deltakerne får undersøkt helsen sin.

Men ser vi til undersøkelsens primærhensikt, er det likevel ikke å ivareta den enkeltes helse som er det viktige, men å hente inn informasjon. Når deltakerne blir ivaretatt der man gjør funn, er det en nødvendighet for å holde seg innenfor de etiske rammeverk man opererer etter.

Men likheten mellom Koppang sitt prosjekt og HUNT ligger ikke i hvordan de ble utført, men hensikten bak dem: Menneskene som undersøkes, blir ikke undersøkt av noen annen grunn enn å være deltakere i et forskningsprosjekt. Går vi tilbake til Foucault, er dette et eksempel på hans oppfatning om at medisinske tiltak er for forskningens skyld og ikke den enkelte direkte.

Også forskning i seg selv har vært gjenstand for tilsvarende debatt, der det er forskningens hensikt og målsetting som drøftes. Et eksempel på dette er debatten som kom i løpet av syttitallet om hvorvidt forskningen på molekylærbiologi ble gjort for forskningens egen skyld. I boken *Genes, dreams & realities* retter forfatteren Sir Macfarlane Burnet krass kritikk mot molekylærbiologien, og skriver at den er

---

<sup>418</sup> En egen komité som skal sikre prosjektets etiske rammeverk, er etablert – Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK).

“(…) looking not so much for what will bear on practical matters but for some spectacular sounding advance that might attract what one reviewer of *The Double Helix* called the persimmon – a Nobel prize”.<sup>419</sup>

Anmelderen av boken var på sin side kritisk til denne oppfatningen, og kommenterer slik:

”What molecular biology has done is to change for all time the way in which men think about life and about themselves.”<sup>420</sup>

Det Burnet har påpekt, er imidlertid den tidvise og potensielle mangelen på samsvar mellom vitenskapelig virksomhet og behovet for resultatene.

Disse eksemplene viser at selv om medisinsk forskning i dag er lovregulert og har sterke etiske føringer, kan Foucaults oppfatning av at medisinenes hensikt ikke primært er pasientene, likevel være gyldig: Motivasjonen bak praksisen er ikke nødvendigvis å gjøre frisk, og den syke har ikke noen sentral rolle i legevirksomheten.

## **Funksjon 2: Befolkningen blir holdt under kontroll**

En annen innfallsvinkel til at medisinen ikke har pasientens interesser i hovedsetet, er den effekt medisin og behandling kan ha på befolkningen.

Tidligere i avhandlingen argumenterte jeg for at en rekke av tiltakene jeg nevnte, lindret ubehaget, men ikke på en avledende måte. Man beholdt sin integritet og dømmekraft, dermed kunne tiltakene ha en positiv effekt, selv om det ikke primært gjorde en medisinsk tjeneste. Men i et makroperspektiv som drøftes her, kan dette likevel problematiseres.

Medikaliseringkritikernes innvendinger er at befolkningens oppmerksomhet blir rettet mer mot seg selv, sine plager og helserisiko, enn utover sin omkrets. Dette kan også sees på som en oppmerksomhetsforskyving, som lindrer ubehaget, men på en avledende måte.

---

<sup>419</sup> Burnet, Sir Macfarlane: *Genes, dreams & realities*, 1971, s. 40–41

<sup>420</sup> Harris, Henry: “Other Men’s Dreams and Burner’s Realities”, *BMJ*, 18. sept. 1971

Effekten av dette vil være nettopp at man mister sin integritet og beslutningsevne, slik jeg gjorde rede for at en avledning medførte. Konsekvensene av dette kan være dramatiske fordi oppmerksomheten ikke bare blir avledet fra ubehaget, men fra omgivelsene generelt. Illustrasjon på dette finnes i en klassisk statsteori, den machiavelliske strategi for å erobre land med befolkningens velsignelse.

Niccolò Machiavelli (1469–1527) hadde vært en sentral forhandler, rådgiver og diplomat for de til enhver tid rådende makthavere i Firenze. Dette var en svært turbulent periode i Italias historie. Foruten de tre store byene Milano, Firenze og Venezia besto Nord-Italia av en rekke småstater som illojalt og strategisk forhandlet og dannet allianser med de tre byene, paven eller utenlandske stormakter – alt etter som hva som var til deres fordel.<sup>421</sup> Diplomati generelt var velutviklet, strategier omkring å oppnå best fortjeneste var mange, og Machiavelli så på nært hold hva som skulle til for å lykkes, også i å felle eller styrke en leder.<sup>422</sup>

Dette er da også temaet for boken *Fyrsten* (1513), nemlig hvordan det er mulig for et statsoverhode (en fyrste) å tilrane seg makt og å beholde den. Eksempelet i boken er å la en by underkaste seg, og den enkleste måten å gjøre dette på er ifølge Machiavelli å benytte seg av byens egne borgere. Man må sørge for at de føler seg komfortable og ikke truet. De blir da tilfredse, og samtidig også naive og medgjørige.

Det er også viktig å få befolkningen til å tro at de har innflytelse. Dette er viktig fordi staten ikke bare er truet av fremmede makter, men også av borgerne selv. De er drevet av en naturgitt selvhevdelse og vilkårlig opprørstrang.<sup>423</sup>

Når fyrsten har tilranet seg makt, vil staten leve videre som før, men det er da essensielt å sikre seg vennskap med en mindre gruppe borgere som på sikt vil utvikle et avhengighetsforhold til fyrsten. ”De vet de ikke kunne eksistere uten hans vennskap og makt, og vil følgelig gjøre alt for å opprettholde hans stilling”, skriver

---

<sup>421</sup> Eriksen, Trond Berg: *Machiavelli. Reven i høsegården*, 2006, s. 69

<sup>422</sup> Ibid. s. 66-7

<sup>423</sup> Ibid. s. 334

Machiavelli.<sup>424</sup> Okkupasjon av et folk skjer altså ikke bare i ro og fred, men også med innbyggernes velsignelse.

Som maktteori kan den sees på som en analogi til den helsetjeneste som er drøftet her: Først påfører den befolkningen bekymring, for deretter selv å berolige dem. Dette kan illustreres med mammografiprogrammet for brystkreft. Gjennom informasjonskampanjer formulert og arrangert slik at kvinnene blir overbevist om kreftfaren de er utsatt for, opprettes behov for å forsikre seg om at de er friske, og at det beste forsvaret vil være mammografi.<sup>425</sup> Siden stilles midler til disposisjon for å dekke dette behovet, og som igjen får befolkningen til å tro at de får en tjeneste.

---

<sup>424</sup> Machiavelli, Niccolò: *Fyrsten*, 1532 (1513), s. 25

<sup>425</sup> Kaufert, Patricia A., 1996



Dagbladets hovedoppslag fra 26. juli 2010 er et eksempel på dette. Det formidler den alvorlige risikoen vi står overfor når det gjelder diabetes, og tilbyr selv hjelp: "Slik holder du nivået nede." Det er også et bilde på den kulturen som er beskrevet her. Det er ikke en bestemt sykdom, men risikoen alene som iverksetter alarmen.



Den medisinske praksisen som Foucault snakket om, og den kulturen som ifølge machiavellisk teori vil gjøre befolkningen passiv og medgjørlig, er nettopp det som medikaliseringkritikerne har vist bekymring over. De har nettopp påpekt faren for en oppmerksomhetsforskyving ved en medikaliseringkultur. Som eksempelet her har vist, vil det å benytte seg av sykdom og frykt for sin helse kunne være et effektivt grep for å få kontroll over befolkningen.

Dette gjelder informasjon om hva man skal være på vakt for, som vist over, men også konkret bruk av medikamenter. Når medisiner skal tas til bestemte tider på døgnet, vil det kreve oppmerksomhet, og mange vil mene at det influerer folks liv og begrenser bevegelsesfriheten. Tidlig diagnostikk vil være en måte å skape kontroll over befolkningen på uten at den merker det selv: Man påfører bekymring som man så lindrer, og befolkningen føler seg ivaretatt.

Machiavellis poeng er at en lykkelig befolkning er smidigere og lettere å kontrollere. Dette er også et selvstendig argument for betydningen av den type helsetilbud jeg har trukket frem her. Jo flere falske positive man finner, og jo større bekymring man lar befolkningen bli gjenstand for, desto større lettelse, glede og lykke vil befolkningen oppleve når man bekreftes likevel å være frisk. Slik holdes befolkningen under kontroll samtidig som den lever i tilfredshet.

Viktig er at dette ikke behøver å være negativt for befolkningen. Fyrstens mål er ikke å ramme eller manipulere den; statens beste skal alltid være motivasjon for en statsleder.<sup>426</sup> Men på tross av en tilsynelatende dynamikk vil befolkningens lykke gå på bekostning av dens integritet og selvbestemmelse. I tillegg vil den machiavelliske fyrste alltid komme i sentrum, og vil tilrane seg fordeler. Forøkning av egen makt, ære og ry som livsmål ligger som en selvfølgelig premiss for fyrstens virke.<sup>427</sup> Dette er et underliggende motiv for hans handlinger.

Slutningen vil være at begge parter – fyrste og befolkning, medisinen og befolkningen – er tilfredse med sin posisjon. I praksis er likevel maktulikheten av en slik karakter at den ene gruppen er underlegen og prisgitt den andres vilje.

---

<sup>426</sup> Eriksen, Trond Berg, 2006, s. 334

<sup>427</sup> Ibid.

Dynamikken mellom bekymring og følelsen av å bli ivaretatt kan bli selvforsterkende og dermed gi et vedvarende maktpotensial. Fordi helsetjenesten gir inntrykk av å forvalte redningen for våre bekymringer, vil man knytte seg sterkere til den, og mer frykt genereres: "The more people are exposed to contemporary health care, the sicker they feel."<sup>428</sup> Slik vil makten kunne beholdes uten å bli truet av opprør.

### **Ubehaget**

Går vi så tilbake til spørsmålet om hvorvidt helsetjenesten lindrer behaget, vil det fra dette perspektivet fremdeles få et positivt svar. Imidlertid vil det ikke være i form av å dempe ubehaget, men å avlede fra det. Helsetjenesten lindrer ubehaget ved at befolkningen føler seg ivaretatt, men på en slik måte at man er tilfreds uten å ha selvbestemmelse.

Dette kan skyldes at bekymringene som preger kulturmennesket, er påført av den samme instans som skal helbrede. Man har ingen innvirkning på situasjonen, ettersom informasjonen må sies å være farget. I eksempelet med prostata og hvorvidt eventuelle inngrep som lindret ubehaget var avledning eller demping av ubehaget, konkluderte jeg med at det var en demping. Begrunnelsen for dette var at man hadde tilgang på informasjon og slik sett foretok selvstendige beslutninger.

I drøftingene her er konklusjonen en annen. Hvis bekymringen, og dermed et eventuelt inngrep, er skapt av dem som skal intervensere, kan man se det som en maktutøvelse der kulturmenneskets ubehag kan hende lindres, men uten at det foreligger mulighet til å ta beslutninger og å beholde sin integritet.

Lindringen av ubehaget vil slik skje på betingelser som Machiavelli beskrev. Man lar den enkelte få inntrykk av at det er nødvendig med medisinsk intervensjon, oppmerksomheten flyttes til bekymring og instansen selv fører til lettelse. Kulturmenneskets ubehag lindres, men kun fordi man er avledet fra det, og slik holdes befolkningen under kontroll. Medisinsens funksjon er ikke primært å helbrede, men å disiplinere folket.

---

<sup>428</sup> Heath, Iona: "Who needs health care – the well or the sick?" BMJ, vol 330/2005

Det er imidlertid en innvending til resonnementet som gjør at konklusjonen likevel kan bli at medisinen lindrer ubehaget, men uten å avlede fra det. Dette er fordi kulturmennesket ikke nødvendigvis lar seg avlede, men har den nødvendige integritet.

### **3. En innvending**

Over viste jeg at medisinsk praksis ikke nødvendigvis har bedring av den enkeltes helse som hovedmål for sin aktivitet. Dette behøvde ikke oppleves negativt, ettersom befolkningens interesse i å bli ivaretatt ble oppfylt. En konsekvens ville likevel kunne være at man ble avledet til å tro at ens interesser var ivaretatt, uten at det nødvendigvis var det som skjedde, og uten at man fikk reelle valg. Dermed ble også evnen til kritisk vurdering borte. Befolkningens ubehag ville lindres, men på bekostning av ens dømmekraft og integritet.

Tesen hvilte imidlertid på to premisser: først at medisinen formål ikke nødvendigvis var å ivareta folkets helse, dernest at medisinen faktisk hadde så stor autoritet og at kulturmennesket var så bekymret.

At kulturmennesket handlet og tok avgjørelser på grunnlag av frykt, ble kommentert i kapittel 10. Man var urolig for sin helse, og tiltroen til medisinen som autoritet var sterk. Jeg argumenterte for at kulturmennesket hadde gode forutsetninger for å oppnå autonomi, men ikke ville benytte den fordi bruken av helsetjenestene skjedde motivert av frykt og uro. Dette ble vist gjennom eksempelet med mammografiundersøkelser, der jeg viste at kvinner hadde potensiell makt fordi undersøkelsene som institusjon ikke ville eksistert uten dem. Det var også relevant å avstå fra undersøkelsene, ikke bare for å vise sin maktposisjon, men fordi de faktisk var unøyaktige og det var delte meninger om effekten. I et maktperspektiv ville dermed kvinnene ha makt og myndighet over programmet, ettersom det ikke ville eksistere uten deres deltakelse. Jeg konkluderte imidlertid med at denne maktmuligheten ikke ville bli benyttet gjennom den diagnostikken som var tilgjengelig i dag, ettersom usikkerheten ville bli for stor og det var for mye å tape.

Konklusjonen hviler på to premisser som ikke er drøftet, nemlig at brukerne av helsetjenesten faktisk er preget av frykt og engstelse, og at medisinsk praksis og forskning ikke har den enkeltes interesser i sentrum.

### **Medisinens formål**

Når det gjelder hvorvidt pasientens interesser blir ivaretatt, viste jeg tidligere at man kunne bli ivaretatt selv om motivasjonen ved medisinsk intervensjon ikke var rettet mot pasienten direkte. Konsekvensen ble likevel at man kunne bli behandlet for noe man ikke egentlig hadde behov for, og i mangel på full innsikt og muligheten til å ta egne valg fikk man ubehaget lindret, men i form av avledning. Men ser man nærmere på de eksemplene brukt tidligere og som underbygget denne slutningen, er det flere momenter som gjør at konklusjonen kan problematiseres.

I undersøkelsen av idrettsmenn referert til i kapittel 9.2 viste jeg til en undersøkelse fra 1920–27 av 3845 individer som ble undersøkt for å kartlegge i hvilken grad de kunne bedrive idrett. Her var den uttalte målsettingen å ivareta den enkelte – ved å fraråde dem som ikke var skikket å utøve idrett for at de skulle unngå skader. Det som understreker at motivasjonen var på idrettsmennes side, er at forskningen, som pleide å bli høyt prioritert når det gjaldt helsekontroller, blir satt i annen rekke.

I artikkelen fremgår det at undersøkelsen har vært interessant for forskere, og at disse skal få tilgang på data, men under klare premisser. Forskeren får først bruke dataene (som er til overs) når undersøkelsene har oppfylt formålet, og selv om forskningen ønsker flere elementer kartlagt, er det kun til det opprinnelige formålet undersøkelsen foretas.<sup>429</sup>

Det er ikke sagt at det var etiske retningslinjer som lå bak denne prioriteringen, men på bakgrunn av Foucaults påstand om at medisinen ikke har pasientens interesser i sentrum, viser eksempelet noe annet: Individenes interesser kom først.

Det samme gjelder hensynet til pasienten ved undersøkelser for tuberkulose. Dette var en sykdom som kunne få alvorlige konsekvenser for samfunnet, og det var langt på

---

<sup>429</sup> Jervell, Otto: "Om bedømmelse av fysisk duellighet ved undersøkelse av idrætsmænd", Tidsskrift for Den norske lægeforening 165–179/1927

vei hensynet til makrobildet som genererte helsetjenestens innsats. Individet var ikke desto mindre tatt hensyn til, hvilket kan illustreres med et av innleggene i debatten omkring tvungen skjermbildefotografering som ble ført i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1949. Her var argumentene mot tvungen skjermbildefotografering av hele befolkningen basert på hensynet til det enkelte individ, og minner om dem som fremmes i våre dagers debatt omkring presymptomatisk diagnostikk. I et debattinnlegg heter det at

”fru... som følte seg frisk [fikk høre at hun] skulle ha en ”skygge” på lungene og være syk”. Pasienten blir sjekket på nytt med negativt resultat,” Imidlertid var hun blitt meget oppskaket og nervøs”.<sup>430</sup>

Fra begynnelsen av femtitallet begynte hensynet til pasienten å få større oppmerksomhet også når det gjaldt informasjon og undersøkelser for kreft. I 1953 leser vi at

”mot en slik propaganda må det imidlertid sterkt innvendes at den sikkert vil framkalle mange nevroser”.<sup>431</sup>

Det er særlig brystkreft som blir drøftet, der kvinner blir oppfordret til selvundersøkelser. I en artikkel i 1956 uttrykker Arne Njå bekymring for at konsekvensene av

”(...) våre dagers energiske ”kreftpropaganda” (...)”, kan være økt engstelse for kreft, da man stadig blir oppfordret til å være oppmerksom på ”klumper i huden, og ikke minst brystene, og snarest søke læge, da det kan være kreft”.<sup>432</sup>

Også her er det individets interesser som blir satt i sentrum. Som jeg viste i kapittel 9, var hensyn som ble tatt overfor individet i seg selv ikke tilstrekkelig for å kunne slutte hvorvidt dette var tegn og bevis på det autonome kulturmenneskets handlinger, eller om det var en måte å lindre ubehaget på. Men uavhengig av om det var tegn på det

---

<sup>430</sup> Wangenstein, Nils: ”Mot tvungen skjermbildefotografering”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 311/1949

<sup>431</sup> Hval, Einar; Møinichen, Einar: ”Den prognostiske betydning av en liten tumor ved mammacarcinom”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 453/1953

<sup>432</sup> Njå, Arne: ”Klumper i brystene hos gutter og piker” Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 478/1956

autonome kulturmennesket eller en løsning på å håndtere ubehaget, viser det likevel at individets interesser står sentralt for medisinsk virke.

Fra vår egen tid er etiske retningslinjer tungt vektlagt, slik jeg har vært inne på tidligere. Illustrerende for dette er mottakelsen av genteknologi i medisinsk sammenheng. Her ville det ikke være bare forskningsmessige muligheter, men også kommersielle interesser kunne bli involvert. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) innledes som følger, og skal dermed ivareta de nevnte problemstillingene:

#### § 1-1. Lovens formål

Formålet med denne loven er å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle. Dette skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på de etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv.<sup>433</sup>

Hva legegjerningen angår generelt, skulle og skal Helsinkideklarasjonen, som omtalt tidligere, sikre at medisinsk forskning skjer på pasientens premisser. I denne, punkt A3, viser de dokumenter deklarasjonen skal følge:

”Verdens legeforenings Genève-erklæring forplikter legene med ordene «Pasientens helse skal være mitt første hensyn», og de internasjonale etiske regler for leger (International Code of Medical Ethics) fastslår at «En lege skal handle utelukkende i pasientens interesse, når det gis medisinsk behandling som kan svekke pasientens fysiske eller mentale tilstand».”<sup>434</sup>

Dette er retningslinjer som er tydelige på at pasienten skal settes først. I den grad interesser for forskningen eller andre hensyn reelt sett ligger fremst i medisinsk praksis, vil man likevel måtte ta hensyn til pasienten i den grad at han har mulighet til selv å vurdere situasjonen.

---

<sup>433</sup> Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven).

<sup>434</sup> Hentet fra Tidsskrift for Den norske lægeforening, 121:752/ 2001”Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening”

### **Befolkningens bekymring**

Det andre elementet som gjør at medisinenes makt over kulturmennesket ikke nødvendigvis er som beskrevet over, er at medisinen ikke behøver å ha den autoritet som er forutsatt til nå. Studier viser at man er klar over risikoen for unøyaktige prøver, og dette gir ingen større bekymring.

Når kritikerne advarer mot undersøkelser og diagnostikk på et presymptomatisk stadium, er et av de vanligste argumentene at det kan føre til unødige bekymringsbyrde for kvinnene. En studie utført ved NTNU viste imidlertid at kvinnene var klar over at det er en relativt stor andel friske som får etterinnkalling i forhold til antallet som faktisk er syke. Det å bli kalt inn til annen gangs undersøkelse blir ikke nødvendigvis opplevd som spesielt belastende.<sup>435</sup> Dette forutsetter at de får informasjon om risikoen: Av de tre prosent av de undersøkte kvinnene som blir kalt inn til annen gangs undersøkelse, er det cirka 20 prosent som blir diagnostisert med brystkreft – et tall som relativt sett ikke er spesielt høyt.

Studien over viste også at flere av de etterinnkalte enn i den øvrige gruppen stiller seg positive til å delta i mammografiprogrammet siden.<sup>436</sup> At ulempene med undersøkelsene anses oppveid av fordelene, reflekteres også av Den norske kreftforenings ønske om å senke alderen for tilbud om undersøkelser fra 50 til 45 år.<sup>437</sup> På tross av ulemper og svakheter anses undersøkelsene som attraktive, og man ønsker at flere skal dra nytte av dem.

### **Konklusjon**

Jeg mener at det ligger tilstrekkelig med argumenter til grunn for å konkludere med at den medisinske praksisen i utgangspunktet er ivaretagende overfor kulturmennesket. Dette behøver ikke ligge verken i struktur eller praksis, men fordi det er nedfelt i lovverk, vil den enkelte bli ivaretatt. Selv om det skulle være en sidevirkning – som i tilfellet med HUNT – vil befolkningen bli ivaretatt på forsvarlig vis.

---

<sup>435</sup> Solbjør, Marit mfl.: "Experiences of recall after mammography screening – a qualitative study" i Solbjør, Marit: *Women's experiences of mammography screening: Decision making, participation and recall*, Avhandling for graden philosophiae doctor, NTNU, 2008

<sup>436</sup> Ibid.

<sup>437</sup> Ryel, Anne Lise: "Om 'Mammografiscreening av kvinner 40–49 år', Kreftforeningens synspunkter på rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret)", Høringsuttalelse, 30.08.2007

På spørsmålet om medisinsk praksis og forskning har individets interesser i sentrum, slik dette kapittelet ble innledet med, blir svaret at den ikke nødvendigvis har det. Erfaring har likevel vist at dette ikke behøver å ha noen betydning for hvorvidt man blir ivaretatt, ettersom det ikke er praksisen eller forskningens intensjon som er avgjørende, men hvordan den praktiseres og hvordan den er regulert.



## **Kapittel 14 Oppsummering**

Spørsmålet i dette kapittelet var i hvilken grad helsetjenesten hadde til hensikt å gjøre befolkningens helse bedre. Jeg viste eksempler der medisinsk praksis kunne være direkte skadelig, og eksempler der den enkeltes interesser ble ivaretatt, men ikke nødvendigvis var det sentrale, som eksempelvis i forskning. Med utgangspunkt i Foucaults påstand om at medisinen ikke hadde pasientens interesse i sentrum for sin aktivitet, viste jeg hvordan dette kunne underbygges av klare eksempler i helsetjenesten.

Jeg viste flere eksempler på at medisinsk praksis og forskning kunne være motivert av flere interesser, og at pasienten ikke nødvendigvis behøvde å stå i fremste rekke. Faktisk var det også en rekke eksempler på at intervensjon ikke bare kunne ha uheldige sidevirkninger, men også gjøre harme. Det ble så drøftet om undersøkelsene og den medisinske praksisen tjente andre nivåer eller instanser. I dette tilfellet var det samfunnet som system og overordnet mekanisme som ble drøftet som mulig maktinstans.

Dette ble satt opp som en parallell til Machiavellis teori om hvordan man kunne ha eneråderett over en stat med befolkningens bifall, og uten at de merket maktubalansen. Jeg viste at denne typen medisinsk intervensjon kunne gjøre at befolkningen ble holdt under kontroll fordi den var fryktstyrt. Den kunne gjøre skade, men fordi folket følte seg betrygget og tilfreds, ville den kunne holde frem. Slik ble befolkningen avledet og kontrollert uten selv å være det bevisst.

Jeg argumenterte likevel imot at medisinsk forskning og praksis skulle ha en slik funksjon, selv om den ikke ble utført med hensyn til den enkelte. Her viste jeg til eksempler der medisinenes autoritet ikke var så sterk som antatt, og dernest til at medisinsk utøvelse og forskning faktisk skjer i pasientens interesse. Jeg viste også til at medisinsk praksis var regulert av etiske og juridiske retningslinjer og pålegg, slik at selv om medisinen ikke skulle være motivert av den enkeltes interesse primært, ville det ikke ha noen betydning for den enkelte.

Ikke desto mindre var eksemplene som vist til innledningsvis ikke tilbakevist, og at medisinsk praksis kunne gjøre skade, sto fremdeles. Dette var likevel ikke en del av medisinenes intensjon, men en uheldig konsekvens.

# Del VII

*Avsluttende refleksjoner og konklusjon*



## **Kapittel 15 Fra teori til praksis**

### **1. Sammendrag**

Avhandlingen har tatt sikte på å prøve en hypotese som sa at et helsetilbud kunne ha en funksjon uavhengig av den klinisk målbare verdien. Konkret ble dette knyttet opp mot kulturmenneskets prosjekt med å holde ut å leve i kulturen.

Premisser for resonnementet var at det å leve som kulturmenneske innebar et ubehag som man enten måtte lindre eller overvinne.

Selv om ubehaget ble lindret, ville man aldri bli lykkelig, men kunne holde ut. Hvis man derimot overvant ubehaget og oppnådde autonomi, ville man ikke erfare ubehaget, og det ville være mulig å oppnå lykke. Drøftingene i avhandlingen har dreid seg om i hvilken grad en helsetjeneste kunne bidra til dette – å lindre ubehaget eller overvinne det.

#### **Premisser for drøftingene: sammendrag**

Kulturmennesket, slik begrepet er blitt benyttet her, har blitt forstått som menneskene som lever i den vestlige verden, i den vestlige kulturen og det kapitalistiske samfunnet. Dette innebærer å tilpasse seg de skrevne og uskrevne reglene et sivilisert samfunn krever, hvilket gjør at de må undertrykke sine instinkter til fordel for kulturen og dannelsen. De må begrense seg og ta seg sammen. Det er ikke blitt vist til et bestemt geografisk område, men til den kulturen som er tuftet på kristen tradisjon og et kapitalistisk regime generelt.

Ideen om kulturmenneskets ubehag var hentet fra Sigmund Freuds bok *Ubehaget i kulturen*.<sup>438</sup> Det er ikke en bokstavelig lesning av verket som har ligget til grunn, men en fortolkning der kulturmennesket har to utfordringer: å håndtere den innsikten og fornuften som hører med rasjonaliteten, og å leve etter de kutymer, restriksjoner og lover et sivilisert samfunn krever, og som står i strid med naturen. Kravet om dannelse la bånd på spontaniteten, og innsikten fremmet nye spørsmål som ikke kunne besvares. Kildene til ubehaget var naturens overmakt, kroppens skrøpeligheit

---

<sup>438</sup>Freud, Sigmund, 1993 (1992) (1939), s. 30

og det utilstrekkelige i den måten de menneskelige forhold reguleres på – nemlig på et slikt vis at det naturlige ble undertrykket. Dette sto i veien for den integritet og frihet som lå potensielt i å leve i kulturen. Snarere la den press på individene om å innordne seg bestemte strukturer. Det forelå krav om å utvise dannelse og evne til å tilpasse seg de til enhver tid gjeldende regler. Dette kravet om å utvise fornuft og rasjonalitet, samt forpliktelsen til kutymene, la bånd på spontaniteten. Dette hemmet mennesket, men ikke minst var det en påminnelse om den frihet man ikke lenger var i besittelse av.

Jeg tok utgangspunkt i at det var to måter kulturmennesket kunne leve i kulturen på: enten ved å håndtere ubehaget eller å overvinne det. Den første tok utgangspunkt i Sigmund Freuds teori om å lindre ubehaget, den andre i min tolkning av Friedrich Nietzsches verk *Slik talte Zarathustra*.<sup>439</sup> Her har mennesket potensial til å leve uavhengig av de begrensninger og den angst som kulturen påfører.

Den førstnevnte strategien for å holde ut ubehaget støttet seg til Freuds teori om at ubehaget kunne lindres, enten ved å avledes fra det eller dempe det. Når man ble avledet fra ubehaget, innebar det å ha sin oppmerksomhet rettet mot noe annet, å være oppslukt. Dette gjorde ubehaget mindre, men fordi konsentrasjon og aktpågivenhet er vendt bort fra den virkelige verden, gikk denne måten å lindre ubehaget på utover ens integritet og dømmekraft. Freud selv benyttet religionen som eksempel på et lindrende middel av denne typen. Den andre måten å holde ut ubehaget på var å dempe det. Ubegaget ble lindret uten å ta oppmerksomheten bort fra tilværelsens realiteter og brutale sannheter. Man benyttet sin fornuft og rasjonalitet, og man beholdt sin dømmekraft. Når ubegaget ble lindret, var det uten illusjoner. Ingen av disse utveiene ville gjøre kulturmennesket lykkelig, men ubegaget ville bli lettere å bære. Freud så psykoanalysen som eksempel på dette.

Den andre strategien jeg presenterte for å holde ut som kulturmennesker, var å oppnå – og å leve i – autonomi. Utgangspunktet var her at kulturmennesket faktisk hadde oppnådd autonomi og selvbestemmelse, og spørsmålet var hvordan denne autonomien skulle beholdes og styrkes.

---

<sup>439</sup> Nietzsche, Friedrich: *Slik talte Zarathustra*, 1994 (1962) (1883–92)

Forestillingen om at det er mulig å leve som autonome og frie mennesker, er hentet fra Friedrich Nietzsche. Det tas utgangspunkt i at ubehaget eksisterer, men at kulturmennesket ikke rammes fordi full autonomi er oppnådd. I dette ligger fullstendig selvbestemmelse og handlefrihet, uten ubehag eller behov for lindrende midler. Når kulturmennesket har oppnådd autonomi, har man også integritet og selvbestemmelse over egne valg og handlinger. I motsetning til kulturmennesket som erfarer og lindrer ubehaget, vil det autonome kulturmennesket også kunne erfare lykke.

Om det var for å lindre ubehaget eller styrke autonomien var hypotesen i begge tilfeller at helsetjenesten eller utvalgte deler av den kunne spille en avgjørende rolle.

#### **Resonnementet: sammendrag**

Med utgangspunkt i at kulturmennesket lever med et ubehag som beskrevet over, begynte del III med å drøfte hvorvidt dette kunne lindres ved hjelp av institusjoner i samfunnet. For å kunne være et lindrende middel mot ubehaget måtte det være en stabil og forutsigbar størrelse, som ivaretok hele befolkningen. Et eksempel på en overbygning som både skulle ivareta den enkelte og kunne vise hvordan kulturmennesket faktisk organiserte seg etter humanistiske prinsipper, var velferdsstaten. Det var institusjonens begynnelse som ble drøftet, og fordi den fremdeles var under utvikling og et begynnende politisk prosjekt, ville den ikke være stabil nok til å ha en slik rolle. Dette var også en illustrasjon på hva jeg mente krevdes av en institusjon for å kunne ha noen funksjon for ubehaget. Helsetjenesten som særskilt institusjon ble drøftet, men ble avvist som lindrende middel fordi dens hovedmotivasjon var å ha en frisk befolkning. Dette utelukket en stor del av befolkningen fra å bli ivaretatt, og fylte derfor ikke kriteriet for å lindre ubehaget, som var å berøre hver enkelt. En bestemt del av helsetjenesten ble trukket ut som en mulig institusjon for å lindre ubehaget, nemlig praksisen med å undersøke befolkningen for potensiell sykdom. Svaret var positivt, men det var avhengig av hvilken sykdom som ble bekjempet.

Tuberkulosebekjempelsen ble funnet egnet som eksempel på en sykdom hvis diagnostisering bidro til å lindre ubehaget. Hovedårsaken til dette var at også friske

mennesker var rammet, i den forstand at de var i risikozonen for å bli smittet og slik måtte forholde seg til sykdommen og den kulturen som ble etablert omkring den. Den berørte også ubehagets kilder. Konklusjonen var at en sykdom som tuberkulosen – og den kulturen som ble etablert omkring den – var egnet til å lindre ubehaget.

Tuberkulosen var imidlertid tilbakegang, og som institusjon ville den ikke kunne lindre ubehaget for lang tid. I del IV ble dette drøftet. Når sykdomsbildet endrer seg, endrer også forutsetningene for å håndtere ubehaget seg. Det var ikke-infeksjonssykdommer som ble den nye helsetrusselen, men fordi den ikke har smitteaspektet ved seg, vil den i utgangspunktet ikke kunne overta den rollen tuberkulosen hadde hatt som kjerne for å kunne lindre ubehaget.

Men det var ett bestemt trekk ved den nye helsetrusselen som gjorde at den likevel involverte hele befolkningen, friske som syke. Sykdommen kunne nemlig utvikle seg og ramme uten at den hadde gitt symptomer. Dermed kunne også potensielt friske bære på sykdommen og måtte forholde seg til den som en trussel og fare. Man ble også oppfordret til å la seg undersøke presymptomatisk, og dermed angikk den også de friske i enda større grad. Dette lå til grunn for slutningen om at også ikke-infeksjonssykdommer kunne ha en effekt på ubehaget.

Kreftsykdommen var likevel ingen institusjon slik man kunne si om tuberkulosen. I den grad den lindret ubehaget, var det ikke i kraft av å utgjøre en kultur og felles bevissthet, hvilket var et avgjørende element for tuberkulosefarens mulighet til å dempe ubehaget. Når det likevel ble konkludert med at kulturen omkring ikke-infeksjonssykdommene kunne dempe ubehaget, og ikke nødvendigvis avlede fra det, skyldes det at det ikke ble gjort forsøk på å trekke oppmerksomheten bort fra realitetene og å lede en inn i illusjonen. Ubehaget ville være til stede fordi ubehagets kilder ikke var under kontroll, men forsøkene på å håndtere dem ville gi tro på kulturmenneskets potensial.

I del V snudde jeg problemstillingen og studerte situasjonen som kunne inntreffe hvis ubehaget ikke var så sterkt som tatt utgangspunkt i, og behovet for lindrende midler dermed ikke var der. I dette scenarioet hadde kulturmennesket oppnådd autonomi og var fri fra ubehaget. Man kunne slik leve uten behov for lindrende midler, og hadde



potensial til å oppnå lykke. Drøftingene nå dreide seg om hvorvidt bestemte helsetjenester kunne ha betydning for kulturmenneskets autonomi, og da den type helsetjenester som var blitt drøftet tidligere; diagnostikk for symptomfri sykdom.

Jeg drøftet tendenser i kulturen som kunne støtte en slik teori: at kulturmenneskets autonomi hadde potensial til å styrkes ved hjelp av denne typen helsetjeneste. Det viste seg imidlertid at de samme tendensene og argumentene også var tegn på at kulturmennesket ikke hadde oppnådd autonomi, og dermed at signalene ikke ga noe svar omkring kulturmenneskets eventuelle autonomi.

I kapittel 10 gikk jeg nærmere inn på kulturmenneskets *potensial* for autonomi ved hjelp av de bestemte helsetilbudene som var drøftet, og konkluderte med at man i det alminnelige ville ha få forutsetninger for å oppnå og å holde i hevd autonomi fordi det hele er fryktstyrt.

Hovedkonklusjonene så langt var at diagnostikk for symptomfri sykdom kunne dempe kulturmenneskets ubehag, men den kunne vanskelig bidra til å oppnå autonomi.

Resonnementet og slutningen var imidlertid basert på den type diagnostikk som er tilgjengelig i dag, der prøveresultatene kan være upresise og gi grobunn for usikkerhet – som igjen gjør det vanskelig å oppnå autonomi. I kapittel 11 ble utgangspunktet idealtypen der diagnostikken var presis og pålitelig. Eksempel var diagnostikk på grunnlag av kjennskap til den enkeltes gener. Også her ble konklusjonen todelt. Med denne type diagnostikk ville man kunne oppdage sykdom tidlig, sette i gang behandling på et tidlig tidspunkt og oppnå bedre prognoser. Dette ville lindre ubehaget fordi det viste at kroppens skrøpelighet og naturens overmakt var beseiret. Men på den annen side kunne den samme teknologien føre til enda mer sykkelighet på grunn av overskuddsinformasjon og eventuelt også informasjon om tilstander man ikke kan gjøre noe med. I slike tilfeller ville ubehagets kilder bli tydelige: Alt kulturmennesket ikke mestrer, blir tydelig, naturens overmakt blir åpenbar, og ubehaget ville forsterkes.

Konklusjonen her ble at ny teknologi som her beskrevet kunne lindre ubehaget om man fant behandlingsbehov man *kunne* dekke. Da ville kulturmenneskets suverenitet bekreftes, og fordi naturen og kroppen var kontrollert, ville det dreie seg om å dempe ubehaget, ikke avlede fra det. I motsatt fall – der man fant behandlingsbehov som ikke kunne dekkes – ville ubehaget styrkes fordi naturen og kroppen viste seg overlegen.

Den samme situasjonen ble drøftet i det samme perspektivet som i kapittel ni, nemlig at kulturmennesket ikke erfarer ubehaget, men har oppnådd autonomi. Spørsmålet nå var hvorvidt denne typen ny diagnostikk kunne styrke kulturmenneskets autonomi. Svaret ble positivt, og da ikke bare fordi diagnostikken var presis, men også fordi det var en refleksjon av den kulturen kulturmennesket hadde skapt: Den viste kulturmenneskets evner og suverenitet. Jeg konkluderte imidlertid med at selv om diagnostikken i seg selv styrket autonomien, var den kun ett av flere elementer i kulturen som kunne gjøre det. Diagnostikken i seg selv kunne derfor ikke sies å ha en viktig rolle i kulturmenneskets prosjekt om å opprettholde autonomien, og ble ikke regnet som avgjørende.

I siste del, kapittel 13, ble problemstillingen reist om hvorvidt medisinen virkelig har til hensikt å gjøre pasientene friske. Bakgrunnen for dette spørsmålet var flere eksempler på funksjoner medisinen kunne sies å ha der individet ikke kom i første rekke. Konklusjonen her ble at selv om en bestemt medisinsk praksis ikke nødvendigvis har pasientens interesser i sentrum, kan den ha en positiv effekt på kulturmenneskets ubehag likevel. Det behøver ikke være intensjonen som bestemmer om et tiltak er bra eller ikke, ettersom det er regulert etter humanistiske prinsipper og vil komme kulturmennesket til gode.

### **Slutning**

Av resonnementet fulgte at presymptomatisk diagnostikk kan lindre kulturmenneskets ubehag, forutsatt at den enten foretas jevnlig og av en større gruppe, og/eller fører til konkret behandlingsbehov. Behandling vil gi en opplevelse av å håndtere ubehagets to kilder, altså kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt. Fordi det er kulturmenneskets intervensjon som er avgjørende, kan også mulig overflødig behandling lindre ubehaget, ettersom også dette er aktive handlinger.

Undersøkelser som masseundersøkelser kan dessuten lindre ubehaget i seg selv, og da i kraft av å være en felles overbygning. Dette vil også gi en oppfatning av at naturen og kroppen holdes under kontroll.

Forutsatt at disse undersøkelsene gjøres på bakgrunn av samtykke og at man er bevisst på hva som skjer, vil det dempe ubehaget, og ikke avlede fra det. Dermed kan man si at overbehandling kan være til hjelp for kulturmennesket uten at det mister integritet. Dette forutsetter at man er informert om undersøkelsens ulike sider, og at det er et eget valg.

Autonomi, derimot, vil ikke være mulig å oppnå ved hjelp av disse helsetjenestene så lenge de er anbefalt brukt på bakgrunn av frykt. Da vil kulturmennesket ikke selv kunne legge premisser, men anvende tilbudene uavhengig av vurderinger og egenvilje. Hvis kulturmennesket allerede har oppnådd autonomi, vil undersøkelsene og denne medisinske praksisen kunne bidra til å styrke autonomien. Den vil da ikke være som en selvstendig og avgjørende faktor, men som del av noe mer, og følgelig ikke ha avgjørende betydning.

## **2. Hvorfor trenger vi denne debatten**

Debatten om ulike helsetilbuds berettigelse er tilbakevendende, og særlig spørsmålet om tidlig diagnostikk. Denne typen helsetilbud kan ha en rekke ulemper, og i mange tilfeller er det uenighet om tilbudenes kliniske effekt og legitimitet. Det er mange aktører involvert i debattene, og det er mange ulike interesser og motiver bak den enkelte aktørs engasjement.

Spørsmålet omkring denne type helsetjeneste er av politisk karakter, idet tiltak er kostbart og må regnes som en økonomisk prioritering som må veies mot andre behov. Det er også et medisinfaglig spørsmål, der behandlingens effekt ikke bestandig er klar, men gjenstand for drøftelser. Endelig er det et personlig spørsmål som berører integritet, trygghet versus frykt og engstelse for den enkelte.

Det er flere eksempler på situasjoner der det vil være av stor betydning å kunne støtte seg til et resonnement som ikke hviler på medisinske eller direkte helsemessige hensyn. En illustrasjon på dette er debatten omkring presymptomatisk diagnostikk for

brystkreft i form av masseundersøkelser. Aktørene tilhører to ulike nivåer, de har ulike agendaer og ønsker. Argumentene vil derfor ikke treffe hverandre, ettersom ståstedet til debattantene er ulikt.

Et konkret eksempel på denne problemstillingen er debatten som er vist til flere ganger i avhandlingen, nemlig om hvorvidt presymptomatiske undersøkelser for prostatakreft skal utføres eller ikke. Legen vil i slike tilfeller stå overfor en vanskelig avgjørelse: Selv om pasienten vil føle lettelse ved tidlig diagnose av kreft (selv om den skulle være falsk positiv), vil legen likevel være ansvarlig for ulemper undersøkelsen kan medføre, slik som frykt og mulig impotens.<sup>440</sup> Problemstillingen forsterkes fordi det kan være uklart om behandling vil ha positivt utslag på pasientens helse og livskvalitet. Det kan derfor være vanskelig å avgjøre om en slik undersøkelse skal foretas eller ikke.

Dette er overførbart til medisinsk intervensjon generelt, hvilket blir påpekt i en kommentar i Tidsskrift for Den norske legeforening:

”Norske leger treffer daglig mange tusen beslutninger om medikamentbruk, medisinske undersøkelser, operasjoner og annen behandling. Alle disse innebærer en viss risiko for bivirkninger eller komplikasjoner.”<sup>441</sup>

Det kan være ulike årsaker til at beslutninger kan være vanskelige å ta. I artikkelen nevnes det særlig at risikoen for komplikasjoner kan være dårlig dokumentert, og beslutningsgrunnlaget kan være problematisk.

For begge eksemplene gjelder at de kliniske sidene ved undersøkelsene – både av positiv og negativ karakter – er underordnet hvis resonnementet i avhandlingen legges til grunn. Hvis pasienten selv ønsker en undersøkelse, og legen er i tvil om den skal utføres eller ikke, vil argumentene for at ubehaget kunne lindres være et tungtveiende argument for å foreta undersøkelsen.

---

<sup>440</sup> Bewley, Susan: ”Consider the harms”, BMJ 2010, 341:c5811

<sup>441</sup> Kristiansen, I.S; Øian, P.: ”Et risikofritt liv?” Tidsskrift for Den norske legeforening, 130:1126/2010

Avhandlingens resonnement vil slik bidra til å kunne ta en avgjørelse om anbefaling eller fraråding av undersøkelsene, uavhengig av kunnskap om undersøkelsenes kliniske effekt. Drøftingene om hvorvidt et behandlingstilbud skal iverksettes, opprettholdes eller avvises, vil dermed få nye innfallsvinkler og argumenter. De vil bli belyst på en ny måte, og konklusjonene vil preges av det. Konklusjonen hviler heller ikke på ulike gruppers særinteresser, og har større mulighet til å generaliseres fordi konklusjonen gjelder befolkningen som helhet. Dermed vil det være mulig å ta en beslutning på objektivt grunnlag, i større grad enn hva som har vært mulig til nå.

### **3. Moralsk akseptabelt? En innvending**

Av resonnementet følger at en helsetjeneste som her er drøftet – diagnostikk før symptomer gir seg til kjenne – kan ha en positiv funksjon for kulturmenneskets ubehag, uavhengig av dens opprinnelige og kjente kliniske effekt.

Dette skyldes at den både ivaretar hver enkelt og fungerer som en overbygning som skal beskytte hele befolkningen; den er forutsigbar og ligger utenfor den enkelte. Dette er viktig for kulturmennesket i seg selv, men ikke minst vil en slik overbygning også representere evnen til å håndtere kildene til ubehag som ble drøftet, nemlig kroppens skrøpeligheit og naturens overmakt.

En innvending til denne slutningen er imidlertid at faktiske skadevirkninger av medisinsk behandling anses som moralsk uakseptabelt og i strid med retningslinjene for hva medisinsk praksis skal være. Jeg skal kort drøfte det.

#### **I strid med alminnelig oppfatning av medisinsens rolle**

Det finnes en rekke argumenter knyttet til spørsmålet over, som imøtegår den slutningen jeg har kommet frem til.

Et vanlig standpunkt når det gjelder retningslinjer for hvorvidt en undersøkelse skal iverksettes presymptomatisk, representeres av Malcom Law, professor i forebyggende medisin. Han argumenterer i forhold til masseundersøkelser, og sier at så lenge man ikke er sikker på undersøkelsens effekt, skal man være svært varsom med å iverksette den. Law trekker en parallell til anvendelse av medikamenter, og

minner om at man ikke ville sluppet medikamenter ut på markedet uten behørig forsikring om at de er ufarlige:

“Public health authorities should not advocate screening of unproved value. Giving information to people considering screening (...) when the only honest information is complete uncertainty is useless. Encouraging people to decide for themselves is ducking the issue. For any cancer screening of unproved value it is unreasonable to expect that the investigation of screen positives or treatment of screen detected cancers should be funded when healthcare resources are limited. For a new drug a rigorous set of experimental data must be presented before it is licensed for use, and until it is licensed patients cannot obtain it. The same rigour should apply to medical screening.”<sup>442</sup>

Han hevder at en undersøkelse der den medisinske effekt er uklar, vil være meningsløs. Han påpeker også at helsebudsjettene er begrensede, og at man ikke kan forsvare en prioritering av undersøkelser man har uklare resultater på.

Påstandene betinger imidlertid at hensikten med medisinen og behandlingen er begrenset til å håndtere det konkrete behandlingsbehovet direkte. De åpner ikke for å kunne virke på andre eller flere måter, særlig ikke der det tilsynelatende vil virke mot sin hensikt, slik jeg har drøftet her.

I denne diskusjonen er det viktig å ha i mente hva vi mener med ”god helse”. I kapittel 1.2 og 7.1 omtalte jeg WHO’s helsedefinisjon, som er betydelig videre enn å gjelde kun det kliniske:

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”<sup>443</sup>

Her gjøres det klart at ikke bare individets kliniske tilstand er viktig isolert sett, men at livskvalitet generelt er av betydning. I resonnementet til nå har jeg vist at en presymptomatisk undersøkelse for en helsefeil faktisk kan lindre kulturmenneskets ubehag, også dersom dens kliniske effekt ikke er tilfredsstillende, til og med være til skade. Intervensjon på siden av det egentlige formål vil derfor kunne aksepteres i henhold til gjeldende retningslinjer, all den tid den har betydning for

---

<sup>442</sup> Law, Malcolm; “Screening without evidence of efficacy”, *BMJ*: 2004;328: 301–302

<sup>443</sup> <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

kulturmenneskets ubehag og det er en målsetting at befolkningens livskvalitet skal være så høy som mulig.

Konklusjonen er en logisk følge av drøftingene i denne avhandlingen, der jeg har vist at helsetjenester kan ha en betydning for ubehaget uavhengig av sin kliniske verdi, og av det utvidede helsebegrepet.

Men selv om vi ifølge resonnementet kan forsvare en slik praksis, er det ikke dermed sagt at det vil være moralsk akseptabelt å iverksette eller opprettholde behandling som kan synes skadelig, selv om kulturmenneskets ubehag har nytte av det. Legegjerningen er ment å ikke gjøre skade, og når det gjelder tidlig diagnostikk, er det utarbeidet strenge krav og retningslinjer for dette. Et eksempel på dette er retningslinjene som brukes for regulering av praksisen med masseundersøkelser i dag. Retningslinjene ble utarbeidet i 1968 i Wilson & Jungners "Principles and Practice of Screening for Disease", og ble året etter publisert av WHO.<sup>444</sup>

---

<sup>444</sup> Se blant annet Forsmo, Siri (2003), NOU 1987: 7, *Mammografiscreening i Norge*, s. 16

**Om sykdommen:**

*Må være et stort folkehelseproblem, hyppig forekommende og alvorlig  
Sykdommens naturlige forløp må være kjent, og den må karakteriseres av et langt  
presymptomatisk stadium (Siem: slumretid)*

**Behandling:**

*Må finnes effektiv behandling  
Behandling i preklinisk fase må være bedre og ha bedre prognoser enn i den kliniske  
fasen*

**Testen:**

- 1. Det må finnes en enkel, trygg, billig og presis test med høy validitet.*
- 2. Testen må være akseptabel for befolkningen*
- 3. Det må være kunnskap og enighet om fordelingen av grensen for positiv prøve*

**Programmet:**

- 1. Programmet må være utprøvd i en randomisert kontrollert undersøkelse*
- 2. Nyttan av programmet må oppveie fysiske og psykiske bivirkninger*
- 3. Deltakelse skal være basert på informert samtykke*
- 4. Programmet må være kostnadseffektivt, og det må være klart at det ikke finnes  
andre og bedre metoder (primær forebygging)*

Her gjøres det klart at undersøkelsene ikke skal være til skade, og behandlingsaspektet er sentralt: Undersøkelsen skal være rettet mot den enkelte sykdommen, og den skal kunne kureres eller gi bedre prognoser.

Når resonnementet i avhandlingen konkluderer med at en undersøkelse kan forsvares opprettholdt hvis det lindrer ubehaget, ser det ut til å stå i strid med gjeldende retningslinjer. De helsetiltak som er drøftet her, vil ikke kunne anvendes til nevnte formål. Og i den grad kulturmenneskets ubehag ville bli lindret av denne typen intervensjon, vil den ikke ha mulighet til å bli praktisert likevel.



**Løsning: Kriteriene endres**

Problemstillingen der et helsetilbud har en tilleggseffekt som man ønsker å benytte seg av, men som kan ha helsemessig negative konsekvenser og moralske implikasjoner, er likevel løst tidligere.

To tilfeller der teknologien kan sies å ha kommet før behovene, kan stå som et illustrerende eksempel på dette. Her vil det skje at et helsetilbud som har hatt en klar og begrenset funksjon, blir mer avansert og får en tilleggsfunksjon som ikke var tiltenkt, og til og med kan være til skade. Dette vil også bryte med retningslinjene som er presentert over, men er løst og forsvart på ulik måte.

Eksemplene jeg vil benytte, knyttes ikke til ubehaget kulturmennesket erfarer, men illustrerer hvordan et helsetilbuds rekkevidde utvides og omdefineres, og hvordan behovene endrer seg fordi mulighetene utvides.

Det første eksempelet er ultralyd for gravide, det andre er bruken av keisersnitt ved fødsel. I begge tilfeller kan den medisinske intervensjonen være til skade og bryte med retningslinjene for god legeskikk. På to ulike måter er problemet løst, slik at praksisen kan holde frem uten å bryte med retningslinjene. Nedenfor skal jeg drøfte begge disse alternativene.

**Eksempel 1: Nye muligheter gis egne kategorier**

Ultralyd for gravide (se kap. 1.2 og 11.3) var ment å være en rutineundersøkelse, og oppfylte WHO's kriterier. Etter hvert som teknologien ble mer presis, fikk man imidlertid informasjon som man ikke var spesifikt ute etter. Undersøkelsen brøt da med kriteriet om at det må finnes effektiv behandling for den helsetilstand som avdekkes. Eventuelle funn kan ofte ikke behandles, og det vil gjøre liten forskjell om det blir avdekket uregelmessigheter, annet enn å dyrke bekymring. Overskuddsinformasjonen av denne typen kan man ikke gjøre noe med; det er funn man ofte ikke kan behandle, med unntak av intervensjon ved å avbryte svangerskapet.

Problemet ble løst ved å *redefinere* undersøkelsens karakter. I odelstingsproposisjonen som ledet frem til bioteknologiloven, ser vi at hensikten med ultralydundersøkelsens ble endret og utvidet:

”Formålet med denne undersøkelsen er *blant annet* å fastsette fødselstermin, vurdere morkakens plassering, se om det foreligger flerlingsvangerskap og å se hvordan fosteret utvikler seg. (...) benyttes også ellers i svangerskapsomsorgen dersom det foreligger medisinske indikasjoner for det.”<sup>445</sup>

Denne formuleringen ble ikke med i selve loven, der definisjonen av selve den *rutinemessige* ultralydundersøkelsen ble utelatt. Ultralydundersøkelser der art og mengde informasjonen ville stå i strid med den opprinnelige hensikten, ble heller omdefinert til å lete etter sykdom eller utviklingsavvik, og sortert under et annet lovverk.

I bioteknologiloven sies det om den rutinemessige ultralydundersøkelsen:

”Ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen anses ikke som fosterdiagnostikk i henhold til første ledd, og omfattes derfor ikke av denne loven med unntak av § 4-5.”<sup>446/447</sup>

Denne blir så definert i et eget rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet, der både den opprinnelige hensikten og undersøkelsens informasjonsmengde blir beholdt:

”Formålet med rutineundersøkelsen i uke 17–19 er å bestemme termin, antall fostre, placentas beliggenhet og å gjøre en orienterende undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi.”<sup>448</sup>

---

<sup>445</sup> I Ot.prop. 64 (02–03): ”Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)” kap. 4.1.1. ”Fosterdiagnostikk i Norge i dag” (min utheving).

<sup>446</sup> LOV 2003–12–05 nr. 100: ”Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)” § 4. 1

<sup>447</sup> (§ 4.5 gjelder diagnostikk av kjønnsbundet sykdom, der barnets kjønn vil være avgjørende for siden å kunne diagnostisere. Den rutinemessige ultralydundersøkelsen vil tross unntaket ikke fravike sin opprinnelige intensjon i å bestemme fosterets kjønn.)

<sup>448</sup> Sosial- og helsedirektoratet: Rundskriv, IS–23/2004: ”Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet. Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk”, pkt. 1.2.1.

Ikke desto mindre er instrumentene man bruker, blitt av en slik karakter at overskuddsinformasjon kan forekomme. Man blir nå henvist til ytterligere undersøkelser:

”Dersom man ved en ultralydundersøkelse påviser eller får mistanke om utviklingsavvik hos fosteret, skal den gravide, dersom hun ønsker det, henvises til videre utredning ved en virksomhet som er godkjent for fosterdiagnostikk.”<sup>449</sup>

Ultralydundersøkelser som gir mer informasjon enn opprinnelig tenkt, defineres nå som ”fosterdiagnostikk”. Ved å sortere ultralydundersøkelsen for gravide under to lovverk sikres også at de opprinnelige retningslinjer følges, samtidig som dens funksjon bryter med dem.

Vi ser at ”undersøkelse” er blitt til ”diagnostikk”. Slik kan den alminnelige ultralydundersøkelsen fremdeles kunne defineres under de opprinnelige retningslinjene, ettersom den i det øyeblikket overskuddsinformasjon dukker opp, vil legges under en annen kategori faglig og juridisk. Eksempelet viser at når problemet med at ny teknologi gir for mange muligheter i forhold til reglementene, finnes det løsninger som både tillater utviklingen og holder seg innenfor reglementene uten å måtte ta de store drøftingene.

En medisinsk intervensjon som hadde begrensede anvendelsesområder og var restriktivt regulert, kan slik få en bredere anvendelsesmåte uten å bryte med kriteriene for disse undersøkelsene. Skulle det vise seg at diagnostikk og påfølgende intervensjon kan lindre ubehaget, men ha negative konsekvenser for kroppen og det medisinske, vil det – ifølge dette eksempelet – likevel kunne forsvares ved å utvide praksisens virkeområde, gjerne ved å kategorisere det under ulike kategorier.

### **Eksempel 2: Det medisinske tilbudets formål utvides**

Et annet eksempel på en praksis som i utgangspunktet hadde en begrenset funksjon, men som har fått utvidede anvendelsesområder, er keisersnitt ved fødsel. Inngrepet ble opprinnelig benyttet ved risikofødsler der mor hadde høy risiko for skader eller

---

<sup>449</sup> Sosial- og helsedirektoratet: Rundskriv, IS-23/2004: ”Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet. Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk”, pkt.1.2.1.

død ved naturlig fødsel, eller der det var behov for å sikre at risikofostre ble født levende og med mulighet for optimal behandling.<sup>450</sup>

De siste årene har man sett en økning i antall utførte keisersnitt, og ifølge St.meld. nr. 12 (2008–2009) om svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg heter det:

”Årlig utføres over 9000 keisersnitt i Norge, dvs. at mer enn hvert sjettede barn blir født ved denne forløsningsmetoden. Mens andelen nå er ca. 16 prosent, var andelen for 10 år siden 13 prosent og for 30 år siden fire prosent.”<sup>451</sup>

I en oversiktsartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening fra 2009 antydes det at økt gjennomsnittsalder og høyere kroppsmasseindeks kan ha betydning, i tillegg til at obstetisk teknologi og praksis er endret. Når undersøkelsens utvidede muligheter kan være kilde til interessekonflikt, skyldes det at de gjerne utføres uten at det er medisinsk grunnlag for å gjøre det, samtidig som det kan være til skade både for mor og barn.

For mor innebærer inngrepet økt risiko for å dø (sammenliknet med vaginal fødsel), og langtidskonsekvenser kan være redusert fertilitet og økt risiko for revning av livmorveggen (uterusruptur) i senere svangerskap – en alvorlig komplikasjon som kan være dødelig for mor og barn. Risikomomenter for barnet er påvist større risiko for allergier (metall og astma), mindre amming, økt risiko for respiratoriske problemer, og økt behov for intensivbehandling. Det siste gjelder for planlagte keisersnitt, og er ikke konsekvens av hastekeisersnitt og allerede akutte situasjoner. Mest alvorlig er likevel at det er funnet høyere (opptil dobbelt så høy) risiko for å dø i løpet av nyfødtperioden.<sup>452</sup>

Når praksisen likevel er økende, er parallellen til ultralyd og muligheten for tidlig diagnostikk at en medisinsk utsikt går forut for behovet og kan komme i konflikt med

---

<sup>450</sup> Bergsjø, Per: ”Keisersnitt gjennom 40 år. Overvåking ved hjelp av Medisinsk fødselsregister”, Norsk Epidemiologi 2007; 17 (2): 185–190

<sup>451</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr. 12 (2008–2009) ”En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg”, kap. 3.2.1.

<sup>452</sup> Ibid.

de opprinnelige hensikter. For ultralyd ble en slik situasjon løst ved å justere reglementet for de vanskeligste valgene. For keisersnitt er situasjonen løst på samme måte gjennom å endre definisjoner, men nå er det behovene og begrunnelsene for inngrepet som er endret.

Det er nemlig ikke lenger bare medisinske hensyn som legges til grunn for et inngrep som keisersnitt ved fødsel. Ikke-medisinske forklaringer er i større grad blitt tillagt vekt, som ”mors ønske” og helsepersonellens bekymring for rettsfølgelse.<sup>453</sup> Andre antyder at ”reglene er blitt mer liberale”.<sup>454</sup>

Andre eksempler på at behovene er endret og tilpasset mulighetene, kommer frem i budskapet fra brukerne selv. Et eksempel på argumenter for keisersnitt er fra et nettsted beregnet på vordende småbarnsforeldre.<sup>455</sup> Begrunnelsen for å ta keisersnitt her er blant annet at man vil vite sikkert når fødsel vil finne sted hva dato og klokkeslett angår, ”i motsetning til en vaginal fødsel, der du har liten eller ingen kontroll over når fødselen vil begynne (...)”. Et annet punkt lyder slik: ”Hvis tanken på de forestående fødselsveene gjør deg så redd og engstelig at det påvirker dagliglivet ditt i uutholdelig grad.”

Dette er dermed et eksempel på en medisinsk praksis som utføres selv om det er knyttet høy risiko til den, og selv om den er i strid med den opprinnelige hensikten. I seg selv kan dette helsetilbudet sies å bryte med medisinenes intensjoner, der intervensjon skal gi bedre helse, ikke forverre den. Utviklingen er tilsvarende den som er omtalt over for ultralyd for gravide.

Men fordi behovet er endret, slik jeg viste med referanse til mødrene, kan inngrepet fortsatt forsvares og defineres som innenfor hensikten – som er utvidet. Dette er et eksempel på at behovet har endret seg parallelt med mulighetene.

---

<sup>453</sup> Tollånes, M.C.: ”Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser” Tidsskrift for Den norske Legeforening 2009; 129:1329–31

<sup>454</sup> Bergsjø, Per: ”Keisersnitt gjennom 40 år. Overvåking ved hjelp av Medisinsk fødselsregister”, Norsk Epidemiologi 2007; 17 (2): 185–190

<sup>455</sup> Hestad, Kari Mathilde: ”Seks gode grunner til å ta keisersnitt”, [www.barnimagen.com](http://www.barnimagen.com), 03.07.2009 (oppdatert 24.03.2010) (<http://www.klikk.no/foreldre/barnimagen/fodselen/komplikasjoner/article478191.ece>)

### **Konklusjon**

Disse eksemplene viser at et inngrep eller en medisinsk intervensjon kan opprettholdes og praktiseres selv om skadevirkninger har blitt påvist. Begge tilfellene viste at behovene endret seg og ble utvidet parallelt med mulighetene. Selv om det sto i strid med de opprinnelige retningslinjene, kunne dette løses.

Dette viser at hvis man ønsker å prioritere å dempe kulturmenneskets ubehag ved hjelp av de helsetilbud jeg har drøftet her, vil det være mulig uten å bryte med gjeldende retningslinjer.

### **4. Problemstillinger som er utelatt**

Det er flere spørsmål som kan synes relevante for problemstillingen, men som ikke er behandlet. Jeg skal kort kommentere dette.

Ett spørsmål som ikke er drøftet, er hvordan behovet for lindring av ubehag måles. Er det hele populasjonen som erfarer ubehag, eller er det en liten eller mindre del av den? Hvordan kan vi lokalisere dem som ønsker å lindre ubehaget og dem som ikke gjør det? Heller ikke spørsmålet om hvorvidt alle som erfarer ubehaget virkelig ønsker å lindre det, er drøftet.

Dette er fordi disse spørsmålene er ansett å ligge på siden av avhandlingens tema og perspektiv. Formålet her har vært å se fenomenene på et makronivå der individet er en selvstendig enhet, men likevel betraktes som del av en omfattende kultur.

Et annet premiss som ikke er problematisert, er at helsetjenesten faktisk tilbyr behandling og innbyr til tillit. Samtidig eksisterer helsekøer og manglende tilbud til behandlingstrengende, samt fenomener som kan innbyr til mistillit, for eksempel feilbehandling.

Det samme gjelder tendensen til at publikum selv oppfordres til å ta del i egen behandling gjennom pasientmedvirkning. Ved å gi opplæring i egen

helseproblematikk skal pasienten få et nærere forhold til egen behandling og prosess mot å bli frisk.

Dette er eksempler på problemstillinger som ligger i nærheten av emnet for denne avhandlingen, men som ikke er problematisert. Årsaken til det er at jeg ikke har vurdert dem til å ligge *nære nok* problemstillingen. I analysen jeg har presentert, har det vært de overordnede spørsmålene omkring kulturmennesket som er drøftet, der de generelle trekk ved kulturen er kommentert. Dette er til en viss grad blitt behandlet på samme måte som når det gjaldt kristendommen i kulturen. Der mente jeg at hele kulturen var berørt av kristendommen og troen. Også de som oppfattet seg som ikke-troende og som opponerte mot kirken, posisjonerte seg slik i forhold til kristendommen, og bidro på den måten til å bekrefte dens eksistens. Med andre ord er det her tatt utgangspunkt i at befolkningen har et felles verdigrunnlag, uavhengig av hva den enkelte måtte mene om det. Hvorvidt den enkelte berøres av avhandlingens drøftinger eller ikke, vil hvile på de samme premissene.

Dette utgangspunktet gjelder også det jeg har betegnet som den vestlige og moderne kulturen, og problemstillingene drøftet omkring den. Helsespørsmål, spørsmål om behandling eller ikke behandling gjelder alle. Om man ikke er bekymret, er dette knyttet til en faktisk usikkerhet, og relatert til hva som virkelig opptrer i det offentlige rom.

Når konklusjonen heller mot at et helsetilbud kan forsvares opprettholdt uavhengig av dets kliniske funksjon, er det dermed dets potensial som drøftes, samt kravene til et helsetilbuds eksistens. På spørsmålet om anvendelsesområde er det dermed prinsippet som vil ligge til grunn, og da på et overordnet nivå. Problemstillingene og temaene som er valgt ut, bærer derfor preg av det.

## **5. Konklusjon**

Resonnementet i avhandlingen har vist at enkelte helsetjenester og tilbud for presumptivt friske og symptomfrie vil kunne forsvares opprettholdt, selv om de ikke har noen helsemessig gevinst i begrepets tradisjonelle forstand.

Et av de største dilemmaene med å skulle anbefale en helsetjeneste uten at kravene til medisinsk behandling i tradisjonell forstand er oppfylt, er hvis undersøkelsen kan forvolde skade. Jeg viste at en avgjørelse må tas på bakgrunn av avveininger mellom bivirkningenes omfang og verdien av å lindre ubehaget. Her ville det være viktig å vurdere hvorvidt en slik helsetjeneste kunne ha en funksjon som å *dempe* ubehaget eller *avlede* fra det. I eksemplene benyttet i avhandlingen ble tiltakene regnet som å dempe ubehaget, forutsatt at det var et faktisk valg og at ulempene var kjent.

Avhandlingen har vist at det er sterke argumenter for at bestemte helsetjenester kan forsvares opprettholdt og videreført selv om de ikke har den opprinnelige funksjon eller den ønskede helsegevinsten. Hvorvidt dette vil gjøres i praksis, er et spørsmål som berører politiske prioriteringer. Her vil en vesentlig problemstilling være å bestemme hvilken instans som skal vurdere hvilke tiltak som skal opprettholdes og ikke, da effekten på ubehaget er mindre målbar enn den kliniske verdien. Det vil også være vanskelig å sette klare retningslinjer for opprettholdelse av helsetiltak der den direkte helsefortjenesten ikke kan måles. Det vil være en vurdering av argumenter og en avveining av alle faktorer til sammen som avgjør dette.

Hvis publikums oppfatning av et helsetiltak er positiv – på tross av om den kliniske effekten er god eller ikke – vil det i tråd med resonnementet i denne avhandlingen likevel kunne forsvares opprettholdt, i den grad WHO's helsebegrep skal etterfølges. Politiske myndigheter må dermed drøfte økonomiske spørsmål og prioriteringer med hensyn til livskvalitet – og ikke den direkte målbare kliniske helse. Når det gjelder spørsmålet om medisinsk behandling av presumptivt friske, er det – slik denne avhandlingen har vist – grunner til å vurdere et tilbud opprettholdt uavhengig av dets kliniske og målbare betydning, også om de skulle forvolde klinisk skade.



## Referanser

Andersen, Kristen mfl.: "Arbeidet mot kreften", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1086–96/1937

Andriole, Gerald Jr.; "Screening for prostate cancer. PSA testing should be tailored to individual risk", BMJ 2010; 341:c4538

Angeltvedt, Rolf; Moseng, Bera: "Den nye hiv-bølgen", kronikk VG, 13. januar 2007

Antonarakis, Stylianos E.; Mauron, Alex: "Living with DNA", John, Tony (red.): *50 years of DNA*, Business Weekly, Cambridge, UK, 2003

Armstrong, David: *Political Anatomy of the Body, Medical knowledge in Britain in the twentieth century*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983

Arnould, E.: "Tuberkulose og cancer" (notis i Tidsskrift for Den norske lægeforening, 852–853/1927, med referanse til Presse médicale, 26. februar 1927)

Baines, Cornelia J.: "Are there Downsides to Mammography Screening?", The Breast Journal, Vol 11 (Suppl 1), 2005

Barsky, AJ: "The paradox of health", The New England Journal of Medicine, vol 318, 1988

Bech, Ulrich: *Risiko og frihet*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1997

Berg, Siv Frøydis: *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, Solum forlag, 2002

Bergsjø, Per: "Keisersnitt gjennom 40 år. Overvåking ved hjelp av Medisinsk fødselsregister", Norsk Epidemiologi 2007; 17 (2): 185–190

Bertram, Agnete: *Hjemmegymnastikk*, Gyldendalske boghandel nordisk forlag, 1927

Bewley, Susan: "Consider the harms", BMJ 2010, 341:c5811

van der Bilt, Jarmila D.W.; Borel Rinkes, Inne H.M.: "Surgery and angiogenesis", *Biochimica et Biophysica Acta*, vol 1654, 2004

Bjune, Gunnar: "Tuberkulose – en sosialpolitisk sjukdom", i Larsen, Øyvind mfl.: *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, Gyldendal Akademisk, Oslo 2003

Blom, Ida: "Bilder og budskap – tæring og tuberkulose", i Elvebakken, Kari Tove og Solvang, Per (red): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2002

Blom, Ida: "Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca. 1940", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 73–5/2002

- Boorse, Christopher: "Health as a theoretical concept", i *Philosophy of Science*, 44:542–73, 1977. (Sitert fra Hofmann, Bjørn: "Helse, sykdom og kampen om det gode liv", *Nytt norsk tidsskrift* 1/1999)
- Braatøy, Trygve: *De unge menn. Essays og artikler*, Tiden norsk forlag, Oslo, 1936
- Brochmann, Georg: *Mennesket og maskinen*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, 1937
- Brochmann, S. W.: "Om årsakene til tuberkulosens tilbakegang", *Tidsskrift for Norges lægeforbund*, 394–400/1942
- Brodersen John; Lunde Inga Marie: "Konsekvenser af usikkerheder og overdiagnosticering ved screening", *Ugeskrift for Læger*, 164 (02): 181/2002
- Bruun, J.N.: "Noen sykdommer kommer tilbake", *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 130:2028–9/2010 (nr. 20, 21.oktober 2010)
- Bruusgaard, E.: "Den tidlige behandling av syfilis", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 265–75/1929
- Brøgger, Jan: *Epidemier. En natur- og kulturhistorie*, N. W. Damm & søn, 2002
- Bull, P.: "Hvorfor kommer kreftpasienter ofte så sent til radikal behandling?", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 320–25/1932
- von Bülow, Birgit: "Psykiske reaksjoner ved deltakelse i screening – belyst ved screening for brystkræft", *Ugeskrift for Læger*; 164 (02):165/2002
- Burnet, Sir Macfarlane: *Genes, dreams & realities*, Medical and Technical Publishing Co Ltd, 1971
- Bynum, W.E.: *Science and the Practice of Medicine in the nineteenth century*, Cambridge History of Science. Cambridge University Press, 1994
- Børresen-Dale A-L.; Lothe R.; Nesland JM: "Molekylærbiologi. Grunnlag for økt sykdomsforståelse og bedret diagnostikk", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 118: 1681/1998
- Canguilhem, Georges: "Det normale og det patologiske", *Arr* 2–92
- Carstens, Svein; Grankvist, Rolf: *St. Olavs hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim, 2002
- Casper, Monica; J. Clarke,; Adele E.; "Making the Pap Smear into the 'Right Tool' for the Job. Cervical Cancer screening in the USA, circa 1940–95", *Social Studies of Science*, vol 28, 1998
- Chadwick, E.: "Progress of Sanitation, Civil and Military", *Journal of the Society of Arts*, vol 36, 1888

Chamberlain, Jocelyn M.: "Which prescriptive screening programmes are worthwhile?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38/1984. (Gjengitt i Holland, Walter W. mfl.: *Policy Brief, Screening in Europe*. WHO 2006.)

Chodoff, Paul: "The Medicalization of the Human Condition", *Psychiatric Services*, Vol 53, 2002

Christensen, Chr. A. R.; Lid, Jon: *Familieboka. Verket om virkelighetens eventyr*, bd. VIII (2. Utg), H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, Oslo, 1952

Christie, Marit: "Helsefremmende arbeid – 'Health promotion'", i Larsen, Øyvind mfl. (red.): *Samfunnsmedisin i Norge – Teori og anvendelse*, Universitetsforlaget, Oslo, 1998 (1992)

Clark, David: "Between hope and acceptance: the medicalisation of dying", *British Medical Journal*, 324/2002

Conrad, Peter: "Medicalization and social control", *Annual review of Sociology* 18/1992

Dahl, Bjarne (sign): "Arbeidet for cancerens bekjempelse i Frankrike", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 270–84/1931

Dahl, Hans Fredrik: *De store ideologienes tid, Norsk idéhistorie* (red. Trond Berg Eriksen og Øystein Sørensen), bd V, H. Aschehoug & Co. (W.Nygaard) AS, Oslo, 2001

Egenberg, Alfred: "WHO's definisjon av helse. A state of complete physical, mental and social wellbeing", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1581/1970

Ekeberg, Ø.; Skjauff H.; Kåresen, R.: "Screening for breast cancer is associated with a low degree of psychological distress", *The Breast* 10/2001

Elvebakken, Kari Tove; Solvang, Per (red.): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*, Fagbokforlaget, 2002

Eriksen, Trond Berg: *Machiavelli. Reven i hønsegården*, Universitetsforlaget AS, Oslo, 2006

Eriksen, Trond Berg: *Kors på halsen. Betragtninger om religion og vitenskap*, Universitetsforlaget as, Oslo, 2002

Eriksen, Trond Berg: *Freuds retorikk. En kritikk av naturalismens kulturlære*. Universitetsforlaget as, Oslo, 1992 (1991)

Eriksen, Trond Berg: *Nietzsche og det moderne*, Universitetsforlaget as, Oslo, 1992 (1989)

Evang, Karl: "Screening. Med henblikk på asymptomatisk sykdom, belyst ved norske masseundersøkelser av cancer mammae og cancer cervicis uteri", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1962: "Symposium våren 1962"

Evang, Karl (red.): *Norsk medicinsk ordbok*, Sem & Stenersens forlag, Oslo, 1933

- Finley, M. I. (red.): *The legacy of Greece. A new appraisal*, Oxford University Press, 1984
- Forsmo, Siri: "På jakt etter uopdaget sykdom", i Larsen, Øyvind mfl.; *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2003
- Forsmo, Siri: *WHO: 70 prosent over 70 år er benskjøre*, Dagens medisin, 06-01-2000
- Fosså, S.D.; Høisæter, P.Å.; "Screening for prostatakreft i Norge", Norsk Epidemiologi 11/2001
- Foucault, Michel: *Forelesninger om regjeringskunst og styringskunst*, (nr. 2 og 4), Cappelens upopulære skrifter, Cappelen Akademisk forlag, Oslo, 2002. Oversatt fra fransk av Iver B. Neumann (oversettelsen er gjort fra Dits et écrits 1954–188, Volume III 1976–1979, La Gouvernamentalité og Volume IV 1980–1988, Omnes et Singularum: vers une critique de raison politique. Editions Gallimard, 1994)
- Foucault, Michel: *Klinikkens fødsel*, Hans Reitzels Forlag, 2000 (1993) (1963). Oversatt til dansk v/ Henning Silberbrand (originaltittel: *Naissance de la clinique*)
- Freud, Sigmund: *Ubehaget i kulturen*, J.W. Cappelens forlag a/s (red. Eriksen, Trond Berg; Harket, Håkon; Tjønneland, Eivind), 1993(1992). Oversatt fra tysk av Petter Larsen (originaltittel: *Das Unbehagen in der Kultur*, 1930)
- Freud, Sigmund: *The Future of an Illusion*, W.W.Northon Company, New York, London, 1961. Oversatt fra tysk av James Strachey (originaltittel: *Die Zukunft einer Illusion*, 1927)
- Frich, Jan C; Jørgensen, Jørgen: "Medisin og litteratur – tolking og diskusjon av skjønnlitterære tekster i grunnutdanningen", Tidsskrift for Den norske legeforening, 1160–4/2002
- Friedell, Egon: *A cultural history of the modern age. Renaissance and reformation. Vol.I*, Transaction publishers, 2008 (1930)
- Fugelli, Per; Stang, Grete; Wilmar Bente (red.): "Har medisinen makt?", Makt- og demokratiutredningens rapportserie, rapport 57 (*Makt og medisin*), 2003
- Garry, Ann: "Medicine and medicalization: A response to Purdy", Bioethics, volume 15, nr. 3, 2001.
- Getz, Linn; Sigurdsson, Johann A.; Hetlevik, Irene; Kirkengen, Anna Luise; Romundstad, Solfrid; Holmen, Jostein: "Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study", British Medical Journal, Online First, 15. august 2005
- Getz, Linn; Kirkengen, Anne Luise: "Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas", Social Science & Medicine, vol 56, 2003

Getz, Linn; Sigurdsson, Johann A; Hetlevik, Irene: "Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?", *British Medical Journal*, 327/2003

Getz, Linn: "Prenatal diagnostikk – et minefelt med etiske snubletråder", i Hjortdahl P.; Almind G (red): *Medicinsk årbog 2002*, København: Munksgaard forlag, 2002

Giddens, Antony: *Modernitetens konsekvenser*, Pax forlag a/s, Oslo, 1997

Godlee, Fiona: "Preventive medicine makes us miserable", *British Medical Journal* 330/2005

Gogstad, Anders Chr.: *Helse og hakekors. Helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge 1940–45*, Alma Mater forlag as, 1991

Gostin, Lawrence O.: "HIV Screening and False-Positive Results" (dette var hovedtittel for en rekke debattinnlegg), *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol 297, nr. 9, 2007 (reprinted)

Gostin, Lawrence O.: "HIV Screening in Health Care Settings. Public Health and Civil Liberties in Conflict?", *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol 296, nr. 16, 2006 (reprinted)

Goujon, Philippe: "From Biotechnology to Genomes. The Meaning of the Double Helix", World Scientific Publishing, 2001, (ref: "Human protein catalogue – the idea of a Human Genome Project", *Science* 2. January 1981)

Guttmacher, Alan E.; Collins, Francis S.: "Ethical, Legal, and Social Implications of Genomic Medicine", *The New England Journal of Medicine*, vol 349, 2003

Guttu, Tor (red.): *Aschehoug og Gyldendals Store norske ordbok*, Kunnskapsforlaget, 1992

Gøtzsche, Peter C.: "Commentary: Medicalisation of risk factors", *British Medical Journal*, 324/2002

Hagestad, Kristian: "Individrettede forebyggende helsetjenester", i Larsen, Øyvind mfl. (red.): *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*, Universitetsforlaget, Oslo, 1998 (1992)

Hagestad, Kristian: "Helsekontroller og verneundersøkelser", i Larsen, Øyvind mfl. (red.): *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*, Universitetsforlaget, Oslo, 1998 (1992)

Hansen, M.N.: "Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125:2213–5/2005

Harris, Henry: "Other Men's Dreams and Burner's Realities", *British Medical journal*, (18. sept.) 1971

Hastrup, Thure: *Latin-dansk Ordbog*, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, Copenhagen, 1983 (1963)

Have, H.A.M.J. ten: "Genetics and culture: The genicalization thesis", *Medicine, Health Care and Philosophy* 4/2001

Heath, Iona: "Who needs health care – the well or the sick?", *British Medical Journal*, 330/2005

Hestad, Kari Mathilde: "Seks gode grunner til å ta keisersnitt", [www.barnimagen.com](http://www.barnimagen.com), 03.07.2009 (oppdatert 24.03.2010)

Hetlevik, Irene: "Individuell risikointervensjon – en utfordring for samfunnet", i Larsen, Øyvind mfl.: *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2003

Hetlevik, Irene: *The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice*. Avhandling for graden doctor medicinae, NTNU, 1999

Hippokrates: *Om legeskunsten*, De norske bokklubbene, 2000

Hofmann, Bjørn: "Sykdom som dannelse – en studie av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 3569–72/2003

Hofmann, Bjørn: "Helse, sykdom og kampen om det gode liv", *Nytt norsk tidsskrift*, 1/1999

Hofvind, Solveig; Thoresen, Steinar; Tretli, Steinar: "The Cumulative Risk of a False-Positive Recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program", *Cancer*, vol 101, nr. 7, 2004

Holen, Reidar M: "Er de røntgenologiske undersøkelsene for kostbare?", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124/1948

Hung, Rayjean. J.; McKay, James D.; Gaborieau, Valerie mfl.: "A susceptibility locus for lung cancer maps to nicotinic acetylcholine receptor subunit genes on 15q25", *Nature* 452/2008

Huynh, Phan T.; Jarolimek, Amanda M.; Daye Susanne: "The False-negative Mammogram", *RadioGraphics*, 18/1998

Hval, Einar; Møinichen, Einar: "Den prognostiske betydning av en liten tumor ved mammacarcinom", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 453/1953

Illich, Ivan: "Death undefeated", *British Medical Journal*, 311/1995

Illich, Ivan: *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Marion Boyars Publishers Ltd, London, 2002 (1975/1995)

Jervell, Otto: "Om bedømmelse av fysisk duellighet ved undersøkelse av idrætsmænd", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 165–179/1927

Johansen, Truls E. Bjerklund: "Radikal behandling av prostatakraft i Norge", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1658–60/2005

- Johanson, Richard; Newburn, Mary; Macfarlane, Alison: "Has the medicalisation of childbirth gone too far?", *British Medical Journal*, 324/ 2002
- John, Tony (red.): *50 years of DNA*, Business Weekly, Cambridge, UK, 2003
- Johnson, Martin: *Safari*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 1937
- Jones, Judy: "The Human Genome Project (sic). The impact of new technologies in medicine", (intervju med R. L. Zimmern), *British Medical Journal*, 319/1999
- Jørgensen, Marianne Winther; Phillips, Louise: *Diskursanalyse som teori og metode*, Roskilde universitetsforlag, 1999
- Kaufert, Patricia A.: "Women and the debate over Mammography: An Economic, Political, and Moral History", i Sargent, Carolyn F.; Brettell Caroline B.: *Gender and Health. An International Perspective*, Prentice-Hall inc. 1996
- Kneipp, Kristian: *Mit testament til Sunde og Syge*, S. Mittets Forlag, Kristiania/Vilhelm Priors Hofboghandel, Kjøbenhavn, 1900 (2. oplag)
- Koppang, Nils B.: *Elektrokardiografiske undersøkelser av difteripatienter*, Grøndahl & søns boktrykkeri, Kristiania, 1920
- Kreyberg, Leiv: "Tidlig" diagnose av cervix-carcinom", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 839–44/1960
- Kreyberg, Leiv: "Om kreft hos menneskene og trekk av den eksperimentelle svulstforskning", i *Om kreft og behandling av kreft*, Universitets radioforedrag, J.M.Stenersens Forlag, Oslo, 1935
- Kreyberg, Leiv: "Kjennetegn på begynnende kreft". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 558–559/1932
- Kristiansen, I.S; Øian, P.: "Et risikofritt liv?", *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130:1126/2010
- Kristjansson SR; Wyller TB: "Avslutning av forebyggende legemiddelbruk hos eldre", *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130:1726–8/2010 (viser til Kirkevold O, Engedal K.: "Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study", *Drugs Aging* 26: 333–44/2009).
- Krogh, Christian: *Albertine*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 1998 (1886)
- Kuhn, Thomas S: *Vitenskapelige revolusjoners struktur*, Spartacus 2002 (1996) (The Structure of Scientific Revolutions, University of Chicago Press, 1962, 1970)
- Kvande, Lise: *Bilete av svangerskap – bilete av foster. Ultralyd-diagnostikk i norsk svangerskapsomsorg 1970–1995*, Avhandling for graden philosophiae doctor, NTNU, 2008:103

Kvåle R; Skarre E; Tønne A; Kyrдалen AE; Norstein J; Angelsen A; Wahlquist R; Fosså SD: "Kurativ behandling av prostatakreft i Norge i 1998 og 2001", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 126:912–6/2006

Larsen, Øyvind; Alvik, Anne; Hagestad, Kristian; Nylenna, Magne (red.): *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2003

Larsen, Øyvind; Brekke, Dag; Hagestad, Kristian; Høstmark, Arne; Vellar, Odd D. (red): *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*, Universitetsforlaget, Oslo, 1998 (1992)

Law, Malcolm; "Screening without evidence of efficacy", BMJ: 2004; 328: 301-302 (7. February)

Lederer, Susan E.: *Subjected to Science. Human Experimentation in America before the Second World War* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1995

Le Fanu, James: *The rise and fall of Modern Medicine*, Abacus (Little, Brown and Company), London, 2001 (1999)

Lian, Olaug S: "Sosiologiske forståelser av helse, sykdom og medisinsk praksis", i Mæland, John Gunnar mfl.: *Sosialmedisin - i teori og praksis*, Gyldendal Akademisk, Oslo 2004.

Lloyd, G.E.R.: "Science and mathematics", i Finley, M. (red.): *The legacy of Greece. A new appraisal*, Oxford University Press, 1984

Lund, K.E.; Lund, M.: "Røyking og sosial ulikhet i Norge", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 560–3/2005

Lupton, Deborah: *Medicine as culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*, SAGE Publications, 2004 (1994)

Lupton, Deborah: "Foucault and the medicalication critique", i Petersen, Alan; Bunton, Robin: *Foucault health and medicine*, Routledge, London and New York, 1997

Lønne: "Virksom kreftbekjempelse", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 863–4/1934. Under vignetten "Oversikter, referater og praktiske notiser" er notisen hentet fra Münch. med. Woch. nr. 40, 1933)

Machiavelli, Niccolò: *Fyrsten*, Aventura Forlag a/s, Oslo. Oversatt av Jon Bingen (*originaltittel: Il principe*, 1532 (skrevet i 1513))

Malterud, Kirsti: "Når livsstil ikke nytter – medikamentell risikointervensjon for dårlige mennesker", i Elvebakken, Kari Tove; Solvang, Per (red.): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*, Fagbokforlaget, 2002

Mandal, Roland; Nuland, Bjørn Richard; Grønningsæter, Arne Backer: "Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv", Fafo-rapport 2008:21



- Mann, Thomas: *Trollfjellet*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002. Oversatt av Per Quale (originaltittel: *Der Zauberberg*, S. Fisher Verlag, Berlin, 1924)
- Marshall, Eliot: "Human Genome: Rival Genome Sequencers Celebrate a Milestone Together", *Science magazine*, 30. June 2000
- McCue, J.D.: "The naturalness of dying", *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol 273, no 13, 1995
- McGrath, Alister: *The Intellectual Origins of the European Reformation*, Blackwell Publishers Ltd, 1995 (1987)
- McKeown, Thomas: *The Origins of Human Disease*, Basil Blackwell Ltd, UK, 1988
- Messelt, Olaf T.: "Cytologiens betydning for cancerdiagnostikken" (foredrag ved Lægeforeningens årlige fortsettelseskurs for praktiserende læger 1959), *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 23/1960
- Meyer, Jack E.; Kopans, Daniel B.: "Stability of a mammographic mass: A False Sense of Security", *AJR (American Journal of Radiography)*: 137/1981
- Mjøen, Jon Alfred, Brantenberg, Arne Y.: *Hormonene. Den biokjemiske personlighet*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, Oslo, 1939
- Montaigne, Michel de: *Essays. Andre bok*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, Oslo, 2006
- Morabia, A.; Zhang F. F.: "History of medical screening: from concepts to action", *Postgraduate Medical Journal*, 80/2004
- Mæland, John Gunnar: "Sykdom og helse i et sosialmedisinsk perspektiv", i Mæland, John Gunnar mfl.: *Sosialmedisin – i teori og praksis*, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2004 (1. utgave, 2. opplag, 2006)
- Mæland, John Gunnar; Fugelli, Per; Høyer, Georg; Westin, Steinar: *Sosialmedisin – i teori og praksis*, Gyldendal Akademisk, Oslo 2004 (1. utgave, 2. opplag, 2006)
- Mørland Berit; Lund Håheim, Lise; Linnestad, Kristin: "Screening for brystkreft. En oppsummering av kunnskapsstatus per august 2002", *SMM-rapport nr. 4/2002*, Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2002
- Natvig, Haakon: "Resultatet av den moderne behandling av kreft", i *Liv & sundhet. Norsk blad for riktig leveste, legemets og sinnets helse*, Carl Schiøtz (red.), Fabritius & sønners forlag (innbundet samling av 1937-årgangen)
- Nietzsche, Friedrich: *Slik talte Zarathustra*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 1994 (1962) (originalens tittel: *Also sprach Zarathustra*, 1883–92)
- Nilsson, Ingemar; Peterson, Hans-Inge: *Medicinens idéhistoria*, SNS Förlag, 1998

Njå, Arne: "Klumper i brystene hos gutter og piker", Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 478/1956,

Novak, Marianne J.U.; Tabrizi, Sarah J.: "Huntington's disease", BMJ, 3. juli 2010  
Vol. 341

Parsons, Talcot: *The Social System*, New York: Free Press, 1951

Patric, Johanne-Margrethe: *Gerhard Armauer Hansen. Leprabasillens oppdager*, Eide forlag, 1997

Pennisi, Elizabeth: "Breakthrough of the year: Genomics Comes of Age", Science, 22 December 2000

Petersen, Alan; Bunton, Robin.: *Foucault health and medicine*, Routledge, London and New York, 1997

Peto, Julian; Gilham, Clare; Fletcher, Olivia; Matthews, Fiona E.: "The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK", The Lancet, 364/2004

Porter, Roy: *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge University Press, 2001 (1996)

Proctor, Robert N.: *The Nazi War on Cancer*, Princeton University Press, Princeton and Oxford, 1999

Purdy, Laura: "Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine", Bioethics, vol. 15, nr. 3, 2001

Quisted, Tony; Fountain, Ben: "Bradley lets gene genies out of the bottle in post-genomics push", John, Tony (red.): *50 years of DNA*, Business Weekly, Cambridge, UK, 2003

Randall, John Herman Jr: *The making of the modern mind*, Columbia University Press, New York, 1976 (1926)

Richards, Julia E; Hawley, Scott R.: *The human genome*, Elsevier academic press, 2005

Rieff, Philip: *The Triumph of the Therapeutic. Uses of Faith After Freud*, The University of Chicago Press, 1987 (1966)

Rosenberg, Charles; Golden, Janet (red.): *Framing Disease: Studies in Cultural History*, Rutgers University Press, 1992

Rothman, Barbara Katz: *Genetic Maps and Human Imaginations. The Limits of Science in Understanding Who We Are*. W.W. Norton & Company, New York, London, 1998

- Ryel, Anne Lise: ”Om `Mammografiscreening av kvinner 40–49 år’, Kreftforeningens synspunkter på rapport fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Kunnskapscenteret)”, Høringsuttalelse, 30.08.2007
- Sandberg, Hans TH.: ”Påvisning av okkult blødning i mavetarm-traktus ved masseundersøkelser”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 245/1948
- Sargent, Carolyn F; Brettell Caroline B.: *Gender and Health. An International Perspective*, Prentice-Hall inc.,1996
- Schaanning, G.: ”Cancer uteri, dens prognose og litt om dens optræden”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 505–516/1928
- Schiøtz, Carl: ”Lægevidenskabens samfundsopgaver”, i Schiøtz, C.; Ingebrigtsen R.; Hanssen, O.; Hansen K.; Frølich TH.: *Lægevidenskab og samfund*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, Oslo, 1933
- Schiøtz, Carl; Ingebrigtsen R.; Hanssen, O.; Hansen K.; Frølich TH.: *Lægevidenskab og samfund*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, Oslo, 1933
- Schiøtz, Carl; Waaler, Georg: ”Norske rekrutteres fysiske ydeevne. Idrætsundersøkelser 1923”, Tidsskrift for Den norske lægeforening 861–868/1927
- Schiøtz, Aina: *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Universitetsforlaget, Oslo, 2003
- Schlichting, Ellen: ”Er mammografiscreening nyttig?”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 124: 2226/2004
- Schnittker, Jason: ”An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance”, *Social Science & Medicine*, vol 67, 2008
- Schurmann, Hans: *Kirurgi. En reise i medisins verden*, Lutherstiftelsen, 1959
- Schwartz, Lisa M.; Woloshin, S.; Sox, H.C.; Fischhoff, B.; Welch, H.G.: ”US women’s attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey”, *British Medical Journal*, vol 320/2000
- Seabrook, William B: *Slik er jungelen*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 1938
- Segelcke, Nanna (red.): *Norge Ad Notam*, Aventura Forlag a/s, 1992
- Seip, Anne-Lise: *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 1994
- Seip, Anne-Lise: ”Velferdsstatens utvikling: Trangen til trygghet og en ny rasjonalitet”, i Segelcke, Nanna (red.): *Norge Ad Notam*, Aventura Forlag a/s, 1992
- Seip, Anne-Lise: *Sosialhjelpsstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 1984

Seip, Anne-Lise: *Om velferdsstatens fremvekst. Artikler*, Universitetsforlaget, 1981 (Oslo–Bergen–Tromsø)

Shapin, Steven: *Den vitenskapelige revolusjon*, Spartacus forlag A/S, Oslo, 1999. Oversatt av Vidar Enebakk (originaltittel: *The Scientific Revolution*, 1996, 1998, The University of Chicago)

Siem, Harald: Masseundersøkelser og helsekontroller. NAVF Gruppe for helseforskning, rapport nr. 2, Oslo, 1979

Skogheim, Dag: *Sanatorieliv. Fra Tuberkulosens kulturhistorie*, Tiden Norsk Forlag, 2001

Skolbekken, John-Arne: “Risiko for sykdom – vår tids epidemi?” i Swensen, Elisabeth (red.): *Diagnose: Risiko*, Universitetsforlaget, 2000

Skrabaneck, Petr; James McCormick: *Follies and Fallacies in Medicine*, Third Edition, “Diagnosis and Labelling” (kap. 3), Tarragon Press, 1998 (1989)

Skrabaneck, Petr: “False premises and false promises of breast cancer screening”, i *False premises and false promises. Selected writings of Petr Skrabaneck*, Tarragon Press, 2000, først trykket i *The Lancet* 1985; ii: 316-320 under tittel: “Screening for Disease: False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening” (som viser til Maguire GP. “Possible psychiatric complications of screening for breast Cancer”, *Br J Radiol* 1983; 56: 284.) (<http://bradtaylor.files.wordpress.com/2009/06/false-premises-false-promises.pdf>)

Smith, Dale C.; “The Hippocratic Oath and Modern Medicine”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences inc.*, vol 51, 1996

Smith, Richard: “In search of ‘non-disease’”, *British Medical Journal*, 324/2002

Solbakk, Helge: ”Pasienten som møtestad og marknadsplass”, *Syn og Segn*, 3/1996

Solbjør, Marit: *Women`s experiences of mammography screening: Decision making, participation and recall*, avhandling for graden philosophiae doctor, NTNU. 2008:263

Solbjør, Marit; Skolbekken, John-Arne; Sætnan, Ann Rudinow; Forsmo, Siri: ”Experiences of recall after mammography screening – a qualitative study”, i Solbjør, Marit: *Women`s experiences of mammography screening: Decision making, participation and recall*, avhandling for graden philosophiae doctor, NTNU, 2008:263

Sollund, Arne: *Den norske tannlegeforening. Gjennom 100 år 1884-1984*, (forlag er ikke oppgitt), Oslo, 1984

Sontag, Susan: *At betrakte andres lidelser*, Tiderne Skifter Forlag, Danmark, 2003

Sontag, Susan: *Sjukdom som metafor. Aids och dess metaforer*, Natur och kultur, 2001 (1977/1988)

Stene-Larsen, Geir: "1880–2005 – fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 38–43/2006

Strax, Philip: "Mass screening to reduce mortality from breast cancer", Seminars on Surgical Oncology, vol 4, nr. 4, 1988 (publ. online 18. aug, 2006)

Sucksdorff, Julia: *Sundhed og velvære*, Skandinavisk bogforlag, Sundhedsbladet's trykkeri, Kristiania, 1913

Sulston, John; Ferry, Georgina: *The common thread. A story of science, politics, ethics and the human genome*, Bantam press, 2002

Sundar, T.: "Ny DNA-teknologi stiller store krav til datavitenskapelige metoder", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120:1363/2000

Swensen, Elisabeth (red.): *Diagnose: Risiko*, Universitetsforlaget, 2000

Tabar L, Fagerberg CJ,; Gad A, L. Baldetorp mfl.: "Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare", *The Lancet*, 829–832/1985

Taylor, Charles: *A secular age*, Belknap Press/Harvard University Press, 2007

Taylor, Sandra D.: "Predictive genetic test decisions for Huntington's disease: context, appraisal and new moral imperatives", *Social Science & Medicine*, vol 58, 2004

Tollånes, Mette Christophersen.: "Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser", Tidsskrift for Den Norske legeforening, 129:1329-31/2009

Tønnessen, Aud V.: "Velferdsstaten som moralsk utfordring", *Syn og Segn*, 1/1996

Tørning, Kjeld: *Tuberkulosen og samfundet*, Store Nordiske Videnskabsbokhandel, København, 1945

Ustvedt, Hans Jacob: *Lungetuberkulosen og dens behandling*, forlagt av Johan Grundt Tanum, Oslo, 1938

Wang, Hege mfl.: "Reduserer organisert mammografiscreening dødelighet av brystkreft? Kreftregisterets syn på den aktuelle debatten", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 211–3/2002

Wang, Hege mfl.: "Prøveprosjekt med mammografi – resultater av første undersøkelsesrunde", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 3237–40/2000

Wangensteen, Nils: "Mot tvungen skjermbilledfotografering", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 311/1949

Wangensteen, T.; Undlien, D.; Tonstad, S.; Retterstøl, L.: ”Genetiske årsaker til fedme”, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 3090–3/2005

Weber, Max: *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*, Pax forlag a/s, Oslo, 1995. Oversatt fra tysk av Sverre Dahl (originaltittel: *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*, 1904/05)

Wegling Monica: *Den guddommelige anoreksi*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) AS, Oslo, 2002

Weissmann, Gerald: *The Year of the Genome. A Diary of the Biological Revolution*, Times Books, Henry Holt and Company, LLC, 2002

Westin Steinar; Bakketeig L.S.: “Unnecessary use of ultrasound in pregnancy should be avoided. Probably safe, but new evidence suggests caution”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol 21/2003

Wikborg, Tone: *Gustav Vigeland. En biografi*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001

Wilkie, Tom: *Perilous Knowledge. The Human Genome Project and Its Implications*, Faber and Faber, London, 1993

Zackrisson, Sophia mfl.: “Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study”, *British Medical Journal* 332/2006

Zahl, Per-Henrik; Strand, Bjørn Heine; Mæhlen, Jan: “Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study”, *British Medical Journal* 328/2004

Zahl, Per-Henrik; Mæhlen, Jan: ”Overdiagnostisering ved mammografiscreening”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 2238–9/2004

Zahl, P.: ”Samfunnsøkonomisk lønnsomhet av mammografiscreening i Norge”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120: 256–7/2000

Ørstavik, R.: ”Screening for prostatakreft – igjen”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 129:1616/2009

Østerberg, Dag: *Det moderne. Et essay om vestens kultur 1740–2000*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001 (1999)

Øyri, Audun: *Norsk medisinsk ordbok*, 7. utgave, Det Norske Samlaget, Oslo, 2003

### **Offentlige dokumenter og rapporter**

Folkehelse rapporten. Helseminister Gudmund Hernes' redegjørelse om folkehelsen i Stortinget 30. april 1996. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.

Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr. 12 (2008–2009): ”En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg”

Holland, Walter W.; Stewart, Susie; Masseria, Christina: “Policy Brief, Screening in Europe”. WHO, 2006 (På vegne av European Observatory on Health Systems and Policies)

Kreftregisteret: “Cancer in Norway 2008. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway“. Rapport.

Lov 2003–12–05 nr. 100: Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven).

Lov 1999–07–02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Makt- og demokratiutredningens rapportserie, ISSN 1501-3065, Rapport 57, mars 2003,

Medisinaldirektøren: Rundskriv av 28. oktober 1940. (Gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1037/1940: ”Vaksinasjon med BCG”)

Norges forskningsråd: FUGE – Funksjonell genomforskning i Norge. Underlagsdokumenter, 2001

Norges offentlige utredninger, 1999:13: Kvinners helse i Norge, Sosial- og helsedepartementet

Norges offentlige utredninger, 1998:18: Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene, Sosial- og helsedepartementet

Norges offentlige utredninger, 1987:8: Masseundersøkelser for kreft i livmorhalsen, Sosialdepartementet

Norges offentlige utredninger, 1987:7: Mammografiscreening i Norge, Masseundersøkelser for brystkreft

Odelstingsproposisjon nr. 12 (1998-99): Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), Helse- og omsorgsdepartementet

Proposisjon til Stortinget, Prop. 1 S (2010–2011) For budsjettåret 2011

Senter for medisinske metodevurdering: "Screening for prostatakreft. Dokumentasjonsgrunnlaget for den helsemessige effekten ved rutinemessig screening", SMM-Rapport nr. 3/1999

Sosial- og helsedirektoratet: Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, 1/2005

Sosial- og helsedirektoratet: Rundskriv, IS-23/2004: "Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet. Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk"

Sosial- og helsedirektoratet: Røykfrihet og helse. Informasjon om helserisiko ved aktiv og passiv røyking. 12/1003 (3. utgave)

Statistisk årbok for Norge, årgang hhv. 1880, 1890, 1910, 1930, 1940, 1950

Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003): Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Det kongelige helsedepartement

Stortingsmelding nr. 37 (1992–93): Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosial- og helsedepartementet

Stortingsproposisjon nr. 61 (1997–98): Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet

WHO: "Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948" (helsesdefinisjonen). Hentet fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

#### **Usignerte artikler/notiser:**

Business weekly, *50 years of DNA*, "Bradley lets gene genies out of the bottle in post-genomic push", Interview with Professor Allan Bradley, (Usignert artikkel) s. 17-18

Business weekly, *50 years of DNA*, "Sanger scientists are hailed by UN chief for malaria research" (usignert artikkel) s. 25

Usignert artikkel: "Tuberkulose før og nu", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 123–898/2003



Usignert notis: "Cancer cervicis uteri og masseundersøkelser", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 639/1962 (Referert fra British Medical Journal, 203-05/1962)

Usignert notis: "Profylaktiske undersøkelser mot cancer", Tidsskrift for Den norske lægeforening, 97/1949

Usignert notis: "Diagnosestasjoner for cancer?" Tidsskrift for Den norske lægeforening, 546-7/1948

Usignert notis: "Etter tuberkuloseloven og rundskriv av 23. mars 1942 skal alle tuberkulinpositive individer i en syks eller omslagers miljø røntgenundersøkes", Tidsskrift for Norges lægeforbund, 280/1943.

Usignert notis: "En stigning uten sidestykke i dødeligheten av kreft", under vignetten "Blandede meddelelser", i Tidsskrift for Den norske lægeforening, 328/1933. Notisen er hentet fra Socialt arbeid nr. 9, 1932

British Medical Journal (red.): "Celebration and shame", 321/2000

Artikkel: "Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening", Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 121:752/2001

#### **Nettsider:**

<http://www.ntnu.no/fuge>

<http://www.forskningsradet.no>

<http://www.ssb>

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

<http://www.snl.no/velferdsstat>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/pressesenter/pressemeldinger/2009/larer-og-sykepleier-de-viktigste-yrkene.html?id=554521>

<http://legehandboka.no/sjeldne-tilstander/sjeldne-tilstander/mps-ii-17505.html> (Norsk Elektronisk legehåndbok)

<http://legehandboka.no/nevrologi/tilstander-og-sykdommer/bevegelsesforstyrrelser/huntingtons-sykdom-2492.html> (Norsk Elektronisk legehåndbok)

<http://www.engberg.com/historiegold.htm>

<http://www.radhusets-forvaltningstjeneste.oslo.kommune.no/radhuset/article69066-16487.html>).

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

<http://no.wikipedia.org/wiki/Gensl%C3%B8yd>

<http://www.klikk.no/foreldre/barnimagen/fodselen/komplikasjoner/article478191.ece>

**Avisutklipp:**

Dagbladet, 26. juli 2010

VG, 26. november 2007

Dagbladet, 6. mai 2007

Dagbladet, 30. mai 2007

**Annet:**

Fotografier fra Vigelandsparken: Anne Fimreite





## Dissertations at the Faculty of Medicine, NTNU

1977

1. Knut Joachim Berg: EFFECT OF ACETYLSALICYLIC ACID ON RENAL FUNCTION
2. Karl Erik Viken and Arne Ødegaard: STUDIES ON HUMAN MONOCYTES CULTURED *IN VITRO*

1978

3. Karel Bjørn Cyvin: CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP JOINT.
4. Alf O. Brubakk: METHODS FOR STUDYING FLOW DYNAMICS IN THE LEFT VENTRICLE AND THE AORTA IN MAN.

1979

5. Geirmund Unsgaard: CYTOSTATIC AND IMMUNOREGULATORY ABILITIES OF HUMAN BLOOD MONOCYTES CULTURED IN VITRO

1980

6. Størker Jørstad: URAEMIC TOXINS
7. Arne Olav Jenssen: SOME RHEOLOGICAL, CHEMICAL AND STRUCTURAL PROPERTIES OF MUCCOID SPUTUM FROM PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

1981

8. Jens Hammerstrøm: CYTOSTATIC AND CYTOLYTIC ACTIVITY OF HUMAN MONOCYTES AND EFFUSION MACROPHAGES AGAINST TUMOR CELLS *IN VITRO*

1983

9. Tore Syversen: EFFECTS OF METHYLMERCURY ON RAT BRAIN PROTEIN.
10. Torbjørn Iversen: SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE VULVA.

1984

11. Tor-Erik Widerøe: ASPECTS OF CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.
12. Anton Hole: ALTERATIONS OF MONOCYTE AND LYMPHOCYTE FUNCTIONS IN REALTION TO SURGERY UNDER EPIDURAL OR GENERAL ANAESTHESIA.
13. Terje Terjesen: FRACTURE HEALING AND STRESS-PROTECTION AFTER METAL PLATE FIXATION AND EXTERNAL FIXATION.
14. Carsten Saunte: CLUSTER HEADACHE SYNDROME.
15. Inggard Lereim: TRAFFIC ACCIDENTS AND THEIR CONSEQUENCES.
16. Bjørn Magne Eggen: STUDIES IN CYTOTOXICITY IN HUMAN ADHERENT MONONUCLEAR BLOOD CELLS.
17. Trond Haug: FACTORS REGULATING BEHAVIORAL EFFECTS OG DRUGS.

1985

18. Sven Erik Gisvold: RESUSCITATION AFTER COMPLETE GLOBAL BRAIN ISCHEMIA.
19. Terje Espevik: THE CYTOSKELETON OF HUMAN MONOCYTES.
20. Lars Bevanger: STUDIES OF THE Ibc (c) PROTEIN ANTIGENS OF GROUP B STREPTOCOCCI.
21. Ole-Jan Iversen: RETROVIRUS-LIKE PARTICLES IN THE PATHOGENESIS OF PSORIASIS.
22. Lasse Eriksen: EVALUATION AND TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENT BEHAVIOUR.
23. Per I. Lundmo: ANDROGEN METABOLISM IN THE PROSTATE.

1986

24. Dagfinn Berntzen: ANALYSIS AND MANAGEMENT OF EXPERIMENTAL AND CLINICAL PAIN.
25. Odd Arnold Kildahl-Andersen: PRODUCTION AND CHARACTERIZATION OF MONOCYTE-DERIVED CYTOTOXIN AND ITS ROLE IN MONOCYTE-MEDIATED CYTOTOXICITY.
26. Ola Dale: VOLATILE ANAESTHETICS.

1987

27. Per Martin Kleveland: STUDIES ON GASTRIN.
28. Audun N. Øksendal: THE CALCIUM PARADOX AND THE HEART.
29. Vilhjalmur R. Finsen: HIP FRACTURES

1988

30. Rigmor Austgulen: TUMOR NECROSIS FACTOR: A MONOCYTE-DERIVED REGULATOR OF CELLULAR GROWTH.

31. Tom-Harald Edna: HEAD INJURIES ADMITTED TO HOSPITAL.
32. Joseph D. Borsi: NEW ASPECTS OF THE CLINICAL PHARMACOKINETICS OF METHOTREXATE.
33. Olav F. M. Sellevold: GLUCOCORTICOIDS IN MYOCARDIAL PROTECTION.
34. Terje Skjærpe: NONINVASIVE QUANTITATION OF GLOBAL PARAMETERS ON LEFT VENTRICULAR FUNCTION: THE SYSTOLIC PULMONARY ARTERY PRESSURE AND CARDIAC OUTPUT.
35. Eyvind Rødahl: STUDIES OF IMMUNE COMPLEXES AND RETROVIRUS-LIKE ANTIGENS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS.
36. Ketil Thorstensen: STUDIES ON THE MECHANISMS OF CELLULAR UPTAKE OF IRON FROM TRANSFERRIN.
37. Anna Midelfart: STUDIES OF THE MECHANISMS OF ION AND FLUID TRANSPORT IN THE BOVINE CORNEA.
38. Eirik Helseth: GROWTH AND PLASMINOGEN ACTIVATOR ACTIVITY OF HUMAN GLIOMAS AND BRAIN METASTASES - WITH SPECIAL REFERENCE TO TRANSFORMING GROWTH FACTOR BETA AND THE EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR.
39. Petter C. Borchgrevink: MAGNESIUM AND THE ISCHEMIC HEART.
40. Kjell-Arne Rein: THE EFFECT OF EXTRACORPOREAL CIRCULATION ON SUBCUTANEOUS TRANSCAPILLARY FLUID BALANCE.
41. Arne Kristian Sandvik: RAT GASTRIC HISTAMINE.
42. Carl Bredo Dahl: ANIMAL MODELS IN PSYCHIATRY.

**1989**

43. Torbjørn A. Fredriksen: CERVICOGENIC HEADACHE.
44. Rolf A. Walstad: CEFTAZIDIME.
45. Rolf Salvesen: THE PUPIL IN CLUSTER HEADACHE.
46. Nils Petter Jørgensen: DRUG EXPOSURE IN EARLY PREGNANCY.
47. Johan C. Ræder: PREMEDICATION AND GENERAL ANAESTHESIA IN OUTPATIENT GYNECOLOGICAL SURGERY.
48. M. R. Shalaby: IMMUNOREGULATORY PROPERTIES OF TNF- $\alpha$  AND THE RELATED CYTOKINES.
49. Anders Waage: THE COMPLEX PATTERN OF CYTOKINES IN SEPTIC SHOCK.
50. Bjarne Christian Eriksen: ELECTROSTIMULATION OF THE PELVIC FLOOR IN FEMALE URINARY INCONTINENCE.
51. Tore B. Halvorsen: PROGNOSTIC FACTORS IN COLORECTAL CANCER.

**1990**

52. Asbjørn Nordby: CELLULAR TOXICITY OF ROENTGEN CONTRAST MEDIA.
53. Kåre E. Tvedt: X-RAY MICROANALYSIS OF BIOLOGICAL MATERIAL.
54. Tore C. Stiles: COGNITIVE VULNERABILITY FACTORS IN THE DEVELOPMENT AND MAINTENANCE OF DEPRESSION.
55. Eva Hofslø: TUMOR NECROSIS FACTOR AND MULTIDRUG RESISTANCE.
56. Helge S. Haarstad: TROPHIC EFFECTS OF CHOLECYSTOKININ AND SECRETIN ON THE RAT PANCREAS.
57. Lars Engebretsen: TREATMENT OF ACUTE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURIES.
58. Tarjei Rygnestad: DELIBERATE SELF-POISONING IN TRONDHEIM.
59. Arne Z. Henriksen: STUDIES ON CONSERVED ANTIGENIC DOMAINS ON MAJOR OUTER MEMBRANE PROTEINS FROM ENTEROBACTERIA.
60. Steinar Westin: UNEMPLOYMENT AND HEALTH: Medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study.
61. Ylva Sahlin: INJURY REGISTRATION, a tool for accident preventive work.
62. Helge Bjørnstad Pettersen: BIOSYNTHESIS OF COMPLEMENT BY HUMAN ALVEOLAR MACROPHAGES WITH SPECIAL REFERENCE TO SARCOIDOSIS.
63. Berit Schei: TRAPPED IN PAINFUL LOVE.
64. Lars J. Vatten: PROSPECTIVE STUDIES OF THE RISK OF BREAST CANCER IN A COHORT OF NORWEGIAN WOMAN.

**1991**

65. Kåre Bergh: APPLICATIONS OF ANTI-C5a SPECIFIC MONOCLONAL ANTIBODIES FOR THE ASSESSMENT OF COMPLEMENT ACTIVATION.

66. Svein Svenningsen: THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF INCREASED FEMORAL ANTEVERSION.
67. Olbjørn Klepp: NONSEMINOMATOUS GERM CELL TESTIS CANCER: THERAPEUTIC OUTCOME AND PROGNOSTIC FACTORS.
68. Trond Sand: THE EFFECTS OF CLICK POLARITY ON BRAINSTEM AUDITORY EVOKED POTENTIALS AMPLITUDE, DISPERSION, AND LATENCY VARIABLES.
69. Kjetil B. Åsbakk: STUDIES OF A PROTEIN FROM PSORIATIC SCALE, PSO P27, WITH RESPECT TO ITS POTENTIAL ROLE IN IMMUNE REACTIONS IN PSORIASIS.
70. Arnulf Hestnes: STUDIES ON DOWN'S SYNDROME.
71. Randi Nygaard: LONG-TERM SURVIVAL IN CHILDHOOD LEUKEMIA.
72. Bjørn Hagen: THIO-TEPA.
73. Svein Anda: EVALUATION OF THE HIP JOINT BY COMPUTED TOMOGRAPHY AND ULTRASONOGRAPHY.

#### 1992

74. Martin Svartberg: AN INVESTIGATION OF PROCESS AND OUTCOME OF SHORT-TERM PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY.
75. Stig Arild Slørdahl: AORTIC REGURGITATION.
76. Harold C Sexton: STUDIES RELATING TO THE TREATMENT OF SYMPTOMATIC NON-PSYCHOTIC PATIENTS.
77. Maurice B. Vincent: VASOACTIVE PEPTIDES IN THE OCULAR/FOREHEAD AREA.
78. Terje Johannessen: CONTROLLED TRIALS IN SINGLE SUBJECTS.
79. Turid Nilsen: PYROPHOSPHATE IN HEPATOCYTE IRON METABOLISM.
80. Olav Haraldseth: NMR SPECTROSCOPY OF CEREBRAL ISCHEMIA AND REPERFUSION IN RAT.
81. Eiliv Brenna: REGULATION OF FUNCTION AND GROWTH OF THE OXYNTIC MUCOSA.

#### 1993

82. Gunnar Bovim: CERVICOGENIC HEADACHE.
83. Jarl Arne Kahn: ASSISTED PROCREATION.
84. Bjørn Naume: IMMUNOREGULATORY EFFECTS OF CYTOKINES ON NK CELLS.
85. Rune Wiseth: AORTIC VALVE REPLACEMENT.
86. Jie Ming Shen: BLOOD FLOW VELOCITY AND RESPIRATORY STUDIES.
87. Piotr Kruszewski: SUNCT SYNDROME WITH SPECIAL REFERENCE TO THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM.
88. Mette Haase Moen: ENDOMETRIOSIS.
89. Anne Vik: VASCULAR GAS EMBOLISM DURING AIR INFUSION AND AFTER DECOMPRESSION IN PIGS.
90. Lars Jacob Stovner: THE CHIARI TYPE I MALFORMATION.
91. Kjell Å. Salvesen: ROUTINE ULTRASONOGRAPHY IN UTERO AND DEVELOPMENT IN CHILDHOOD.

#### 1994

92. Nina-Beate Liabakk: DEVELOPMENT OF IMMUNOASSAYS FOR TNF AND ITS SOLUBLE RECEPTORS.
93. Sverre Helge Torp: *erbB* ONCOGENES IN HUMAN GLIOMAS AND MENINGIOMAS.
94. Olav M. Linaker: MENTAL RETARDATION AND PSYCHIATRY. Past and present.
95. Per Oscar Feet: INCREASED ANTIDEPRESSANT AND ANTIPANIC EFFECT IN COMBINED TREATMENT WITH DIXYRAZINE AND TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS.
96. Stein Olav Samstad: CROSS SECTIONAL FLOW VELOCITY PROFILES FROM TWO-DIMENSIONAL DOPPLER ULTRASOUND: Studies on early mitral blood flow.
97. Bjørn Backe: STUDIES IN ANTENATAL CARE.
98. Gerd Inger Ringdal: QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS.
99. Torvid Kiserud: THE DUCTUS VENOSUS IN THE HUMAN FETUS.
100. Hans E. Fjøsne: HORMONAL REGULATION OF PROSTATIC METABOLISM.
101. Eylert Brodtkorb: CLINICAL ASPECTS OF EPILEPSY IN THE MENTALLY RETARDED.
102. Roar Juul: PEPTIDERGIC MECHANISMS IN HUMAN SUBARACHNOID HEMORRHAGE.
103. Unni Syversen: CHROMOGRANIN A. Physiological and Clinical Role.

#### 1995

104. Odd Gunnar Brakstad: THERMOSTABLE NUCLEASE AND THE *muc* GENE IN THE DIAGNOSIS OF *Staphylococcus aureus* INFECTIONS.

- 105. Terje Engan: NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE (NMR) SPECTROSCOPY OF PLASMA IN MALIGNANT DISEASE.
- 106. Kirsten Rasmussen: VIOLENCE IN THE MENTALLY DISORDERED.
- 107. Finn Egil Skjeldestad: INDUCED ABORTION: Timetrends and Determinants.
- 108. Roar Stenseth: THORACIC EPIDURAL ANALGESIA IN AORTOCORONARY BYPASS SURGERY.
- 109. Arild Faxvaag: STUDIES OF IMMUNE CELL FUNCTION *in mice infected with* MURINE RETROVIRUS.

**1996**

- 110. Svend Aakhus: NONINVASIVE COMPUTERIZED ASSESSMENT OF LEFT VENTRICULAR FUNCTION AND SYSTEMIC ARTERIAL PROPERTIES. Methodology and some clinical applications.
- 111. Klaus-Dieter Bolz: INTRAVASCULAR ULTRASONOGRAPHY.
- 112. Petter Aadahl: CARDIOVASCULAR EFFECTS OF THORACIC AORTIC CROSS-CLAMPING.
- 113. Sigurd Steinshamn: CYTOKINE MEDIATORS DURING GRANULOCYTOPENIC INFECTIONS.
- 114. Hans Stifoss-Hanssen: SEEKING MEANING OR HAPPINESS?
- 115. Anne Kvikstad: LIFE CHANGE EVENTS AND MARITAL STATUS IN RELATION TO RISK AND PROGNOSIS OF CANCER.
- 116. Torbjørn Grøntvedt: TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURIES. A clinical and biomechanical study.
- 117. Sigrid Hørven Wigert: CLINICAL STUDIES OF FIBROMYALGIA WITH FOCUS ON ETIOLOGY, TREATMENT AND OUTCOME.
- 118. Jan Schjøtt: MYOCARDIAL PROTECTION: Functional and Metabolic Characteristics of Two Endogenous Protective Principles.
- 119. Marit Martinussen: STUDIES OF INTESTINAL BLOOD FLOW AND ITS RELATION TO TRANSITIONAL CIRCULATORY ADAPATION IN NEWBORN INFANTS.
- 120. Tømm B. Müller: MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN FOCAL CEREBRAL ISCHEMIA.
- 121. Rune Haaverstad: OEDEMA FORMATION OF THE LOWER EXTREMITIES.
- 122. Magne Børset: THE ROLE OF CYTOKINES IN MULTIPLE MYELOMA, WITH SPECIAL REFERENCE TO HEPATOCYTE GROWTH FACTOR.
- 123. Geir Smedslund: A THEORETICAL AND EMPIRICAL INVESTIGATION OF SMOKING, STRESS AND DISEASE: RESULTS FROM A POPULATION SURVEY.

**1997**

- 124. Torstein Vik: GROWTH, MORBIDITY, AND PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT IN INFANTS WHO WERE GROWTH RETARDED *IN UTERO*.
- 125. Siri Forsmo: ASPECTS AND CONSEQUENCES OF OPPORTUNISTIC SCREENING FOR CERVICAL CANCER. Results based on data from three Norwegian counties.
- 126. Jon S. Skranes: CEREBRAL MRI AND NEURODEVELOPMENTAL OUTCOME IN VERY LOW BIRTH WEIGHT (VLBW) CHILDREN. A follow-up study of a geographically based year cohort of VLBW children at ages one and six years.
- 127. Knut Bjørnstad: COMPUTERIZED ECHOCARDIOGRAPHY FOR EVALUATION OF CORONARY ARTERY DISEASE.
- 128. Grethe Elisabeth Borchgrevink: DIAGNOSIS AND TREATMENT OF WHIPLASH/NECK SPRAIN INJURIES CAUSED BY CAR ACCIDENTS.
- 129. Tor Elsås: NEUROPEPTIDES AND NITRIC OXIDE SYNTHASE IN OCULAR AUTONOMIC AND SENSORY NERVES.
- 130. Rolf W. Gråwe: EPIDEMIOLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL PERSPECTIVES ON SCHIZOPHRENIA.
- 131. Tonje Strømholm: CEREBRAL HAEMODYNAMICS DURING THORACIC AORTIC CROSSCLAMPING. An experimental study in pigs.

**1998**

- 132. Martinus Bråten: STUDIES ON SOME PROBLEMS RELATED TO INTRAMEDULLARY NAILING OF FEMORAL FRACTURES.
- 133. Ståle Nordgård: PROLIFERATIVE ACTIVITY AND DNA CONTENT AS PROGNOSTIC INDICATORS IN ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF THE HEAD AND NECK.



134. Egil Lien: SOLUBLE RECEPTORS FOR TNF AND LPS: RELEASE PATTERN AND POSSIBLE SIGNIFICANCE IN DISEASE.
135. Marit Bjørgaas: HYPOGLYCAEMIA IN CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS
136. Frank Skorpen: GENETIC AND FUNCTIONAL ANALYSES OF DNA REPAIR IN HUMAN CELLS.
137. Juan A. Pareja: SUNCT SYNDROME. ON THE CLINICAL PICTURE. ITS DISTINCTION FROM OTHER, SIMILAR HEADACHES.
138. Anders Angelsen: NEUROENDOCRINE CELLS IN HUMAN PROSTATIC CARCINOMAS AND THE PROSTATIC COMPLEX OF RAT, GUINEA PIG, CAT AND DOG.
139. Fabio Antonaci: CHRONIC PAROXYSMAL HEMICRANIA AND HEMICRANIA CONTINUA: TWO DIFFERENT ENTITIES?
140. Sven M. Carlsen: ENDOCRINE AND METABOLIC EFFECTS OF METFORMIN WITH SPECIAL EMPHASIS ON CARDIOVASCULAR RISK FACTORES.

#### 1999

141. Terje A. Murberg: DEPRESSIVE SYMPTOMS AND COPING AMONG PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE.
142. Harm-Gerd Karl Blaas: THE EMBRYONIC EXAMINATION. Ultrasound studies on the development of the human embryo.
143. Noëmi Becser Andersen: THE CEPHALIC SENSORY NERVES IN UNILATERAL HEADACHES. Anatomical background and neurophysiological evaluation.
144. Eli-Janne Fiskerstrand: LASER TREATMENT OF PORT WINE STAINS. A study of the efficacy and limitations of the pulsed dye laser. Clinical and morfolological analyses aimed at improving the therapeutic outcome.
145. Bård Kulseng: A STUDY OF ALGINATE CAPSULE PROPERTIES AND CYTOKINES IN RELATION TO INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS.
146. Terje Haug: STRUCTURE AND REGULATION OF THE HUMAN UNG GENE ENCODING URACIL-DNA GLYCOSYLASE.
147. Heidi Brurok: MANGANESE AND THE HEART. A Magic Metal with Diagnostic and Therapeutic Possibilities.
148. Agnes Kathrine Lie: DIAGNOSIS AND PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION IN CERVICAL INTRAEPITELIAL NEOPLASIA. Relationship to Cell Cycle Regulatory Proteins and HLA DQB1 Genes.
149. Ronald Mårvik: PHARMACOLOGICAL, PHYSIOLOGICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL STUDIES ON ISOLATED STOMACHS.
150. Ketil Jarl Holen: THE ROLE OF ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HIP DYSPLASIA IN NEWBORNS.
151. Irene Hetlevik: THE ROLE OF CLINICAL GUIDELINES IN CARDIOVASCULAR RISK INTERVENTION IN GENERAL PRACTICE.
152. Katarina Tunòn: ULTRASOUND AND PREDICTION OF GESTATIONAL AGE.
153. Johannes Soma: INTERACTION BETWEEN THE LEFT VENTRICLE AND THE SYSTEMIC ARTERIES.
154. Arild Aamodt: DEVELOPMENT AND PRE-CLINICAL EVALUATION OF A CUSTOM-MADE FEMORAL STEM.
155. Agnar Tegnander: DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP OF CHILDREN WITH SUSPECTED OR KNOWN HIP DYSPLASIA.
156. Bent Indredavik: STROKE UNIT TREATMENT: SHORT AND LONG-TERM EFFECTS
157. Jolanta Vanagaite Vingen: PHOTOPHOBIA AND PHONOPHOBIA IN PRIMARY HEADACHES

#### 2000

158. Ola Dalsegg Sæther: PATHOPHYSIOLOGY DURING PROXIMAL AORTIC CROSS-CLAMPING CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDIES
159. xxxxxxxx (blind number)
160. Christina Vogt Isaksen: PRENATAL ULTRASOUND AND POSTMORTEM FINDINGS – A TEN YEAR CORRELATIVE STUDY OF FETUSES AND INFANTS WITH DEVELOPMENTAL ANOMALIES.
161. Holger Seidel: HIGH-DOSE METHOTREXATE THERAPY IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOCYTIC LEUKEMIA: DOSE, CONCENTRATION, AND EFFECT CONSIDERATIONS.
162. Stein Hallan: IMPLEMENTATION OF MODERN MEDICAL DECISION ANALYSIS INTO CLINICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT.

163. Malcolm Sue-Chu: INVASIVE AND NON-INVASIVE STUDIES IN CROSS-COUNTRY SKIERS WITH ASTHMA-LIKE SYMPTOMS.
164. Ole-Lars Brekke: EFFECTS OF ANTIOXIDANTS AND FATTY ACIDS ON TUMOR NECROSIS FACTOR-INDUCED CYTOTOXICITY.
165. Jan Lundbom: AORTOCORONARY BYPASS SURGERY: CLINICAL ASPECTS, COST CONSIDERATIONS AND WORKING ABILITY.
166. John-Anker Zwart: LUMBAR NERVE ROOT COMPRESSION, BIOCHEMICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL ASPECTS.
167. Geir Falck: HYPEROSMOLALITY AND THE HEART.
168. Eirik Skogvoll: CARDIAC ARREST Incidence, Intervention and Outcome.
169. Dalius Bansevicius: SHOULDER-NECK REGION IN CERTAIN HEADACHES AND CHRONIC PAIN SYNDROMES.
170. Bettina Kinge: REFRACTIVE ERRORS AND BIOMETRIC CHANGES AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN NORWAY.
171. Gunnar Qvigstad: CONSEQUENCES OF HYPERGASTRINEMIA IN MAN
172. Hanne Ellekjær: EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF STROKE IN A NORWEGIAN POPULATION. INCIDENCE, RISK FACTORS AND PROGNOSIS
173. Hilde Grimstad: VIOLENCE AGAINST WOMEN AND PREGNANCY OUTCOME.
174. Astrid Hjelde: SURFACE TENSION AND COMPLEMENT ACTIVATION: Factors influencing bubble formation and bubble effects after decompression.
175. Kjell A. Kvistad: MR IN BREAST CANCER – A CLINICAL STUDY.
176. Ivar Rossvoll: ELECTIVE ORTHOPAEDIC SURGERY IN A DEFINED POPULATION. Studies on demand, waiting time for treatment and incapacity for work.
177. Carina Seidel: PROGNOSTIC VALUE AND BIOLOGICAL EFFECTS OF HEPATOCYTE GROWTH FACTOR AND SYNDECAN-1 IN MULTIPLE MYELOMA.

#### 2001

178. Alexander Wahba: THE INFLUENCE OF CARDIOPULMONARY BYPASS ON PLATELET FUNCTION AND BLOOD COAGULATION – DETERMINANTS AND CLINICAL CONSEQUENCES
179. Marcus Schmitt-Egenolf: THE RELEVANCE OF THE MAJOR HISTOCOMPATIBILITY COMPLEX FOR THE GENETICS OF PSORIASIS
180. Odrun Arna Gederaas: BIOLOGICAL MECHANISMS INVOLVED IN 5-AMINOLEVULINIC ACID BASED PHOTODYNAMIC THERAPY
181. Pål Richard Romundstad: CANCER INCIDENCE AMONG NORWEGIAN ALUMINIUM WORKERS
182. Henrik Hjorth-Hansen: NOVEL CYTOKINES IN GROWTH CONTROL AND BONE DISEASE OF MULTIPLE MYELOMA
183. Gunnar Morken: SEASONAL VARIATION OF HUMAN MOOD AND BEHAVIOUR
184. Bjørn Olav Haugen: MEASUREMENT OF CARDIAC OUTPUT AND STUDIES OF VELOCITY PROFILES IN AORTIC AND MITRAL FLOW USING TWO- AND THREE-DIMENSIONAL COLOUR FLOW IMAGING
185. Geir Bråthen: THE CLASSIFICATION AND CLINICAL DIAGNOSIS OF ALCOHOL-RELATED SEIZURES
186. Knut Ivar Aasarød: RENAL INVOLVEMENT IN INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASE. A Study of Renal Disease in Wegener's Granulomatosis and in Primary Sjögren's Syndrome
187. Trude Helen Flo: RESEPTORS INVOLVED IN CELL ACTIVATION BY DEFINED URONIC ACID POLYMERS AND BACTERIAL COMPONENTS
188. Bodil Kavli: HUMAN URACIL-DNA GLYCOSYLASES FROM THE UNG GENE: STRUCTURAL BASIS FOR SUBSTRATE SPECIFICITY AND REPAIR
189. Liv Thommesen: MOLECULAR MECHANISMS INVOLVED IN TNF- AND GASTRIN-MEDIATED GENE REGULATION
190. Turid Lingaas Holmen: SMOKING AND HEALTH IN ADOLESCENCE; THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY, 1995-97
191. Øyvind Hjertner: MULTIPLE MYELOMA: INTERACTIONS BETWEEN MALIGNANT PLASMA CELLS AND THE BONE MICROENVIRONMENT
192. Asbjørn Støylen: STRAIN RATE IMAGING OF THE LEFT VENTRICLE BY ULTRASOUND. FEASIBILITY, CLINICAL VALIDATION AND PHYSIOLOGICAL ASPECTS

193. Kristian Midtjell: DIABETES IN ADULTS IN NORD-TRØNDELAG. PUBLIC HEALTH ASPECTS OF DIABETES MELLITUS IN A LARGE, NON-SELECTED NORWEGIAN POPULATION.
194. Guanglin Cui: FUNCTIONAL ASPECTS OF THE ECL CELL IN RODENTS
195. Ulrik Wisløff: CARDIAC EFFECTS OF AEROBIC ENDURANCE TRAINING: HYPERTROPHY, CONTRACTILITY AND CALCIUM HANDLING IN NORMAL AND FAILING HEART
196. Øyvind Halaas: MECHANISMS OF IMMUNOMODULATION AND CELL-MEDIATED CYTOTOXICITY INDUCED BY BACTERIAL PRODUCTS
197. Tore Amundsen: PERFUSION MR IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF PULMONARY EMBOLISM
198. Nanna Kurtze: THE SIGNIFICANCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN FATIGUE AND PATTERNS OF PAIN AMONG INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH FIBROMYALGIA: RELATIONS WITH QUALITY OF LIFE, FUNCTIONAL DISABILITY, LIFESTYLE, EMPLOYMENT STATUS, CO-MORBIDITY AND GENDER
199. Tom Ivar Lund Nilsen: PROSPECTIVE STUDIES OF CANCER RISK IN NORD-TRØNDELAG: THE HUNT STUDY. Associations with anthropometric, socioeconomic, and lifestyle risk factors
200. Asta Kristine Håberg: A NEW APPROACH TO THE STUDY OF MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION IN THE RAT USING MAGNETIC RESONANCE TECHNIQUES

## 2002

201. Knut Jørgen Arntzen: PREGNANCY AND CYTOKINES
202. Henrik Døllner: INFLAMMATORY MEDIATORS IN PERINATAL INFECTIONS
203. Asta Bye: LOW FAT, LOW LACTOSE DIET USED AS PROPHYLACTIC TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL REACTIONS DURING PELVIC RADIOTHERAPY. A PROSPECTIVE RANDOMISED STUDY.
204. Sylvester Moyo: STUDIES ON STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (GROUP B STREPTOCOCCUS) SURFACE-ANCHORED MARKERS WITH EMPHASIS ON STRAINS AND HUMAN SERA FROM ZIMBABWE.
205. Knut Hagen: HEAD-HUNT: THE EPIDEMIOLOGY OF HEADACHE IN NORD-TRØNDELAG
206. Li Lixin: ON THE REGULATION AND ROLE OF UNCOUPLING PROTEIN-2 IN INSULIN PRODUCING  $\beta$ -CELLS
207. Anne Hildur Henriksen: SYMPTOMS OF ALLERGY AND ASTHMA VERSUS MARKERS OF LOWER AIRWAY INFLAMMATION AMONG ADOLESCENTS
208. Egil Andreas Fors: NON-MALIGNANT PAIN IN RELATION TO PSYCHOLOGICAL AND ENVIRONMENTAL FACTORS. EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDIES OF PAIN WITH FOCUS ON FIBROMYALGIA
209. Pål Klepstad: MORPHINE FOR CANCER PAIN
210. Ingunn Bakke: MECHANISMS AND CONSEQUENCES OF PEROXISOME PROLIFERATOR-INDUCED HYPERFUNCTION OF THE RAT GASTRIN PRODUCING CELL
211. Ingrid Susann Gribbestad: MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND SPECTROSCOPY OF BREAST CANCER
212. Rønnaug Astri Ødegård: PREECLAMPSIA – MATERNAL RISK FACTORS AND FETAL GROWTH
213. Johan Haux: STUDIES ON CYTOTOXICITY INDUCED BY HUMAN NATURAL KILLER CELLS AND DIGITOXIN
214. Turid Suzanne Berg-Nielsen: PARENTING PRACTICES AND MENTALLY DISORDERED ADOLESCENTS
215. Astrid Rydning: BLOOD FLOW AS A PROTECTIVE FACTOR FOR THE STOMACH MUCOSA. AN EXPERIMENTAL STUDY ON THE ROLE OF MAST CELLS AND SENSORY AFFERENT NEURONS

## 2003

216. Jan Pål Loennechen: HEART FAILURE AFTER MYOCARDIAL INFARCTION. Regional Differences, Myocyte Function, Gene Expression, and Response to Cariporide, Losartan, and Exercise Training.

217. Elisabeth Qvigstad: EFFECTS OF FATTY ACIDS AND OVER-STIMULATION ON INSULIN SECRETION IN MAN
218. Arne Åsberg: EPIDEMIOLOGICAL STUDIES IN HEREDITARY HEMOCHROMATOSIS: PREVALENCE, MORBIDITY AND BENEFIT OF SCREENING.
219. Johan Fredrik Skomsvoll: REPRODUCTIVE OUTCOME IN WOMEN WITH RHEUMATIC DISEASE. A population registry based study of the effects of inflammatory rheumatic disease and connective tissue disease on reproductive outcome in Norwegian women in 1967-1995.
220. Siv Mørkved: URINARY INCONTINENCE DURING PREGNANCY AND AFTER DELIVERY: EFFECT OF PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING IN PREVENTION AND TREATMENT
221. Marit S. Jordhøy: THE IMPACT OF COMPREHENSIVE PALLIATIVE CARE
222. Tom Christian Martinsen: HYPERGASTRINEMIA AND HYPOACIDITY IN RODENTS – CAUSES AND CONSEQUENCES
223. Solveig Tingulstad: CENTRALIZATION OF PRIMARY SURGERY FOR OVARIAN CANCER. FEASIBILITY AND IMPACT ON SURVIVAL
224. Haytham Eloqayli: METABOLIC CHANGES IN THE BRAIN CAUSED BY EPILEPTIC SEIZURES
225. Torunn Bruland: STUDIES OF EARLY RETROVIRUS-HOST INTERACTIONS – VIRAL DETERMINANTS FOR PATHOGENESIS AND THE INFLUENCE OF SEX ON THE SUSCEPTIBILITY TO FRIEND MURINE LEUKAEMIA VIRUS INFECTION
226. Torstein Hole: DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHIC EVALUATION OF LEFT VENTRICULAR FUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
227. Vibeke Nossum: THE EFFECT OF VASCULAR BUBBLES ON ENDOTHELIAL FUNCTION
228. Sigurd Fasting: ROUTINE BASED RECORDING OF ADVERSE EVENTS DURING ANAESTHESIA – APPLICATION IN QUALITY IMPROVEMENT AND SAFETY
229. Solfrid Romundstad: EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF MICROALBUMINURIA. THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY 1995-97 (HUNT 2)
230. Geir Torheim: PROCESSING OF DYNAMIC DATA SETS IN MAGNETIC RESONANCE IMAGING
231. Catrine Ahlén: SKIN INFECTIONS IN OCCUPATIONAL SATURATION DIVERS IN THE NORTH SEA AND THE IMPACT OF THE ENVIRONMENT
232. Arnulf Langhammer: RESPIRATORY SYMPTOMS, LUNG FUNCTION AND BONE MINERAL DENSITY IN A COMPREHENSIVE POPULATION SURVEY. THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY 1995-97. THE BRONCHIAL OBSTRUCTION IN NORD-TRØNDELAG STUDY
233. Einar Kjelsås: EATING DISORDERS AND PHYSICAL ACTIVITY IN NON-CLINICAL SAMPLES
234. Arne Wibe: RECTAL CANCER TREATMENT IN NORWAY – STANDARDISATION OF SURGERY AND QUALITY ASSURANCE
- 2004**
235. Eivind Witsø: BONE GRAFT AS AN ANTIBIOTIC CARRIER
236. Anne Mari Sund: DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN EARLY ADOLESCENCE
237. Hallvard Lærum: EVALUATION OF ELECTRONIC MEDICAL RECORDS – A CLINICAL TASK PERSPECTIVE
238. Gustav Mikkelsen: ACCESSIBILITY OF INFORMATION IN ELECTRONIC PATIENT RECORDS; AN EVALUATION OF THE ROLE OF DATA QUALITY
239. Steinar Krokstad: SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN HEALTH AND DISABILITY. SOCIAL EPIDEMIOLOGY IN THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY (HUNT), NORWAY
240. Arne Kristian Myhre: NORMAL VARIATION IN ANOGENITAL ANATOMY AND MICROBIOLOGY IN NON-ABUSED PRESCHOOL CHILDREN
241. Ingunn Dybedal: NEGATIVE REGULATORS OF HEMATOPOIETIC STEM AND PROGENITOR CELLS
242. Beate Sitter: TISSUE CHARACTERIZATION BY HIGH RESOLUTION MAGIC ANGLE SPINNING MR SPECTROSCOPY
243. Per Arne Aas: MACROMOLECULAR MAINTENANCE IN HUMAN CELLS – REPAIR OF URACIL IN DNA AND METHYLATIONS IN DNA AND RNA

244. Anna Bofin: FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY IN THE PRIMARY INVESTIGATION OF BREAST TUMOURS AND IN THE DETERMINATION OF TREATMENT STRATEGIES
245. Jim Aage Nøttestad: DEINSTITUTIONALIZATION AND MENTAL HEALTH CHANGES AMONG PEOPLE WITH MENTAL RETARDATION
246. Reidar Fossmark: GASTRIC CANCER IN JAPANESE COTTON RATS
247. Wibeke Nordhøy: MANGANESE AND THE HEART, INTRACELLULAR MR RELAXATION AND WATER EXCHANGE ACROSS THE CARDIAC CELL MEMBRANE

**2005**

248. Sturla Molden: QUANTITATIVE ANALYSES OF SINGLE UNITS RECORDED FROM THE HIPPOCAMPUS AND ENTORHINAL CORTEX OF BEHAVING RATS
249. Wenche Brenne Drøyvold: EPIDEMIOLOGICAL STUDIES ON WEIGHT CHANGE AND HEALTH IN A LARGE POPULATION. THE NORD-TRØNDELAGE HEALTH STUDY (HUNT)
250. Ragnhild Støen: ENDOTHELIUM-DEPENDENT VASODILATION IN THE FEMORAL ARTERY OF DEVELOPING PIGLETS
251. Aslak Steinsbekk: HOMEOPATHY IN THE PREVENTION OF UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN
252. Hill-Aina Steffenach: MEMORY IN HIPPOCAMPAL AND CORTICO-HIPPOCAMPAL CIRCUITS
253. Eystein Stordal: ASPECTS OF THE EPIDEMIOLOGY OF DEPRESSIONS BASED ON SELF-RATING IN A LARGE GENERAL HEALTH STUDY (THE HUNT-2 STUDY)
254. Viggo Pettersen: FROM MUSCLES TO SINGING: THE ACTIVITY OF ACCESSORY BREATHING MUSCLES AND THORAX MOVEMENT IN CLASSICAL SINGING
255. Marianne Fyhn: SPATIAL MAPS IN THE HIPPOCAMPUS AND ENTORHINAL CORTEX
256. Robert Valderhaug: OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS: CHARACTERISTICS AND PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS IN OUTPATIENT PSYCHIATRIC CLINICS
257. Erik Skaaheim Haug: INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS – COMORBIDITY AND RESULTS FOLLOWING OPEN SURGERY
258. Daniel Kondziella: GLIAL-NEURONAL INTERACTIONS IN EXPERIMENTAL BRAIN DISORDERS
259. Vegard Heimly Brun: ROUTES TO SPATIAL MEMORY IN HIPPOCAMPAL PLACE CELLS
260. Kenneth McMillan: PHYSIOLOGICAL ASSESSMENT AND TRAINING OF ENDURANCE AND STRENGTH IN PROFESSIONAL YOUTH SOCCER PLAYERS
261. Marit Sæbø Indredavik: MENTAL HEALTH AND CEREBRAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN ADOLESCENTS WITH LOW BIRTH WEIGHT
262. Ole Johan Kemi: ON THE CELLULAR BASIS OF AEROBIC FITNESS, INTENSITY-DEPENDENCE AND TIME-COURSE OF CARDIOMYOCYTE AND ENDOTHELIAL ADAPTATIONS TO EXERCISE TRAINING
263. Eszter Vanky: POLYCYSTIC OVARY SYNDROME – METFORMIN TREATMENT IN PREGNANCY
264. Hild Fjærtøft: EXTENDED STROKE UNIT SERVICE AND EARLY SUPPORTED DISCHARGE. SHORT AND LONG-TERM EFFECTS
265. Grete Dyb: POSTTRAUMATIC STRESS REACTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS
266. Vidar Fykse: SOMATOSTATIN AND THE STOMACH
267. Kirsti Berg: OXIDATIVE STRESS AND THE ISCHEMIC HEART: A STUDY IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY REVASCULARIZATION
268. Björn Inge Gustafsson: THE SEROTONIN PRODUCING ENTEROCHROMAFFIN CELL, AND EFFECTS OF HYPERSEROTONINEMIA ON HEART AND BONE

**2006**

269. Torstein Baade Rø: EFFECTS OF BONE MORPHOGENETIC PROTEINS, HEPATOCYTE GROWTH FACTOR AND INTERLEUKIN-21 IN MULTIPLE MYELOMA
270. May-Britt Tessem: METABOLIC EFFECTS OF ULTRAVIOLET RADIATION ON THE ANTERIOR PART OF THE EYE
271. Anne-Sofie Helvik: COPING AND EVERYDAY LIFE IN A POPULATION OF ADULTS WITH HEARING IMPAIRMENT

272. Therese Standal: MULTIPLE MYELOMA: THE INTERPLAY BETWEEN MALIGNANT PLASMA CELLS AND THE BONE MARROW MICROENVIRONMENT
273. Ingvild Saltvedt: TREATMENT OF ACUTELY SICK, FRAIL ELDERLY PATIENTS IN A GERIATRIC EVALUATION AND MANAGEMENT UNIT – RESULTS FROM A PROSPECTIVE RANDOMISED TRIAL
274. Birger Henning Endreseth: STRATEGIES IN RECTAL CANCER TREATMENT – FOCUS ON EARLY RECTAL CANCER AND THE INFLUENCE OF AGE ON PROGNOSIS
275. Anne Mari Aukan Rokstad: ALGINATE CAPSULES AS BIOREACTORS FOR CELL THERAPY
276. Mansour Akbari: HUMAN BASE EXCISION REPAIR FOR PRESERVATION OF GENOMIC STABILITY
277. Stein Sundstrøm: IMPROVING TREATMENT IN PATIENTS WITH LUNG CANCER – RESULTS FROM TWO MULTICENTRE RANDOMISED STUDIES
278. Hilde Pley: BLEEDING AFTER CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY - STUDIES ON HEMOSTATIC MECHANISMS, PROPHYLACTIC DRUG TREATMENT AND EFFECTS OF AUTOTRANSFUSION
279. Line Merethe Oldervoll: PHYSICAL ACTIVITY AND EXERCISE INTERVENTIONS IN CANCER PATIENTS
280. Boye Welde: THE SIGNIFICANCE OF ENDURANCE TRAINING, RESISTANCE TRAINING AND MOTIVATIONAL STYLES IN ATHLETIC PERFORMANCE AMONG ELITE JUNIOR CROSS-COUNTRY SKIERS
281. Per Olav Vandvik: IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN NORWAY, STUDIES OF PREVALENCE, DIAGNOSIS AND CHARACTERISTICS IN GENERAL PRACTICE AND IN THE POPULATION
282. Idar Kirkeby-Garstad: CLINICAL PHYSIOLOGY OF EARLY MOBILIZATION AFTER CARDIAC SURGERY
283. Linn Getz: SUSTAINABLE AND RESPONSIBLE PREVENTIVE MEDICINE. CONCEPTUALISING ETHICAL DILEMMAS ARISING FROM CLINICAL IMPLEMENTATION OF ADVANCING MEDICAL TECHNOLOGY
284. Eva Tegnander: DETECTION OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN A NON-SELECTED POPULATION OF 42,381 FETUSES
285. Kristin Gabestad Nørsett: GENE EXPRESSION STUDIES IN GASTROINTESTINAL PATHOPHYSIOLOGY AND NEOPLASIA
286. Per Magnus Haram: GENETIC VS. ACQUIRED FITNESS: METABOLIC, VASCULAR AND CARDIOMYOCYTE ADAPTATIONS
287. Agneta Johansson: GENERAL RISK FACTORS FOR GAMBLING PROBLEMS AND THE PREVALENCE OF PATHOLOGICAL GAMBLING IN NORWAY
288. Svein Artur Jensen: THE PREVALENCE OF SYMPTOMATIC ARTERIAL DISEASE OF THE LOWER LIMB
289. Charlotte Björk Ingul: QUANTIFICATION OF REGIONAL MYOCARDIAL FUNCTION BY STRAIN RATE AND STRAIN FOR EVALUATION OF CORONARY ARTERY DISEASE. AUTOMATED VERSUS MANUAL ANALYSIS DURING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DOBUTAMINE STRESS ECHOCARDIOGRAPHY
290. Jakob Nakling: RESULTS AND CONSEQUENCES OF ROUTINE ULTRASOUND SCREENING IN PREGNANCY – A GEOGRAPHIC BASED POPULATION STUDY
291. Anne Engum: DEPRESSION AND ANXIETY – THEIR RELATIONS TO THYROID DYSFUNCTION AND DIABETES IN A LARGE EPIDEMIOLOGICAL STUDY
292. Ottar Bjerkeset: ANXIETY AND DEPRESSION IN THE GENERAL POPULATION: RISK FACTORS, INTERVENTION AND OUTCOME – THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY (HUNT)
293. Jon Olav Drogset: RESULTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURIES – A CLINICAL STUDY
294. Lars Fosse: MECHANICAL BEHAVIOUR OF COMPACTED MORSELLISED BONE – AN EXPERIMENTAL IN VITRO STUDY
295. Gunilla Klensmeden Fosse: MENTAL HEALTH OF PSYCHIATRIC OUTPATIENTS BULLIED IN CHILDHOOD
296. Paul Jarle Mork: MUSCLE ACTIVITY IN WORK AND LEISURE AND ITS ASSOCIATION TO MUSCULOSKELETAL PAIN



297. Björn Stenström: LESSONS FROM RODENTS: I: MECHANISMS OF OBESITY SURGERY – ROLE OF STOMACH. II: CARCINOGENIC EFFECTS OF *HELICOBACTER PYLORI* AND SNUS IN THE STOMACH

**2007**

298. Haakon R. Skogseth: INVASIVE PROPERTIES OF CANCER – A TREATMENT TARGET ? IN VITRO STUDIES IN HUMAN PROSTATE CANCER CELL LINES
299. Janniche Hammer: GLUTAMATE METABOLISM AND CYCLING IN MESIAL TEMPORAL LOBE EPILEPSY
300. May Britt Drugli: YOUNG CHILDREN TREATED BECAUSE OF ODD/CD: CONDUCT PROBLEMS AND SOCIAL COMPETENCIES IN DAY-CARE AND SCHOOL SETTINGS
301. Arne Skjold: MAGNETIC RESONANCE KINETICS OF MANGANESE DIPYRIDOXYL DIPHOSPHATE (MnDPDP) IN HUMAN MYOCARDIUM. STUDIES IN HEALTHY VOLUNTEERS AND IN PATIENTS WITH RECENT MYOCARDIAL INFARCTION
302. Siri Malm: LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC FUNCTION AND MYOCARDIAL PERFUSION ASSESSED BY CONTRAST ECHOCARDIOGRAPHY
303. Valentina Maria do Rosario Cabral Iversen: MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF CLINICAL AND NON-CLINICAL MIGRANT GROUPS
304. Lasse Løvstakken: SIGNAL PROCESSING IN DIAGNOSTIC ULTRASOUND: ALGORITHMS FOR REAL-TIME ESTIMATION AND VISUALIZATION OF BLOOD FLOW VELOCITY
305. Elisabeth Olstad: GLUTAMATE AND GABA: MAJOR PLAYERS IN NEURONAL METABOLISM
306. Lilian Leistad: THE ROLE OF CYTOKINES AND PHOSPHOLIPASE A<sub>2S</sub> IN ARTICULAR CARTILAGE CHONDROCYTES IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND OSTEOARTHRITIS
307. Arne Vaaler: EFFECTS OF PSYCHIATRIC INTENSIVE CARE UNIT IN AN ACUTE PSYCHIATRIC WARD
308. Mathias Toft: GENETIC STUDIES OF LRRK2 AND PINK1 IN PARKINSON'S DISEASE
309. Ingrid Løvold Mostad: IMPACT OF DIETARY FAT QUANTITY AND QUALITY IN TYPE 2 DIABETES WITH EMPHASIS ON MARINE N-3 FATTY ACIDS
310. Torill Eidhammer Sjøbakk: MR DETERMINED BRAIN METABOLIC PATTERN IN PATIENTS WITH BRAIN METASTASES AND ADOLESCENTS WITH LOW BIRTH WEIGHT
311. Vidar Beisvåg: PHYSIOLOGICAL GENOMICS OF HEART FAILURE: FROM TECHNOLOGY TO PHYSIOLOGY
312. Olav Magnus Søndena Fredheim: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE ASSESSMENT AND ASPECTS OF THE CLINICAL PHARMACOLOGY OF METHADONE IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-MALIGNANT PAIN
313. Anne Brantberg: FETAL AND PERINATAL IMPLICATIONS OF ANOMALIES IN THE GASTROINTESTINAL TRACT AND THE ABDOMINAL WALL
314. Erik Solligård: GUT LUMINAL MICRODIALYSIS
315. Elin Tollefsen: RESPIRATORY SYMPTOMS IN A COMPREHENSIVE POPULATION BASED STUDY AMONG ADOLESCENTS 13-19 YEARS. YOUNG-HUNT 1995-97 AND 2000-01; THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDIES (HUNT)
316. Anne-Tove Brenne: GROWTH REGULATION OF MYELOMA CELLS
317. Heidi Knobel: FATIGUE IN CANCER TREATMENT – ASSESSMENT, COURSE AND ETIOLOGY
318. Torbjørn Dahl: CAROTID ARTERY STENOSIS. DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS
319. Inge-Andre Rasmussen jr.: FUNCTIONAL AND DIFFUSION TENSOR MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN NEUROSURGICAL PATIENTS
320. Grete Helen Bratberg: PUBERTAL TIMING – ANTECEDENT TO RISK OR RESILIENCE ? EPIDEMIOLOGICAL STUDIES ON GROWTH, MATURATION AND HEALTH RISK BEHAVIOURS; THE YOUNG HUNT STUDY, NORD-TRØNDELAG, NORWAY
321. Sveinung Sørhaug: THE PULMONARY NEUROENDOCRINE SYSTEM. PHYSIOLOGICAL, PATHOLOGICAL AND TUMOURIGENIC ASPECTS
322. Olav Sande Eftedal: ULTRASONIC DETECTION OF DECOMPRESSION INDUCED VASCULAR MICROBUBBLES
323. Rune Bang Leistad: PAIN, AUTONOMIC ACTIVATION AND MUSCULAR ACTIVITY RELATED TO EXPERIMENTALLY-INDUCED COGNITIVE STRESS IN HEADACHE PATIENTS

- 324.Svein Brekke: TECHNIQUES FOR ENHANCEMENT OF TEMPORAL RESOLUTION IN THREE-DIMENSIONAL ECHOCARDIOGRAPHY
325. Kristian Bernhard Nilsen: AUTONOMIC ACTIVATION AND MUSCLE ACTIVITY IN RELATION TO MUSCULOSKELETAL PAIN
326. Anne Irene Hagen: HEREDITARY BREAST CANCER IN NORWAY. DETECTION AND PROGNOSIS OF BREAST CANCER IN FAMILIES WITH *BRCA1* GENE MUTATION
327. Ingebjørg S. Juel : INTESTINAL INJURY AND RECOVERY AFTER ISCHEMIA. AN EXPERIMENTAL STUDY ON RESTITUTION OF THE SURFACE EPITHELIUM, INTESTINAL PERMEABILITY, AND RELEASE OF BIOMARKERS FROM THE MUCOSA
328. Runa Heimstad: POST-TERM PREGNANCY
329. Jan Egil Afset: ROLE OF ENTEROPATHOGENIC *ESCHERICHIA COLI* IN CHILDHOOD DIARRHOEA IN NORWAY
330. Bent Håvard Hellum: *IN VITRO* INTERACTIONS BETWEEN MEDICINAL DRUGS AND HERBS ON CYTOCHROME P-450 METABOLISM AND P-GLYCOPROTEIN TRANSPORT
331. Morten André Høydal: CARDIAC DYSFUNCTION AND MAXIMAL OXYGEN UPTAKE MYOCARDIAL ADAPTATION TO ENDURANCE TRAINING

## 2008

332. Andreas Møllerløkken: REDUCTION OF VASCULAR BUBBLES: METHODS TO PREVENT THE ADVERSE EFFECTS OF DECOMPRESSION
333. Anne Hege Aamodt: COMORBIDITY OF HEADACHE AND MIGRAINE IN THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY 1995-97
334. Brage Høyem Amundsen: MYOCARDIAL FUNCTION QUANTIFIED BY SPECKLE TRACKING AND TISSUE DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHY – VALIDATION AND APPLICATION IN EXERCISE TESTING AND TRAINING
335. Inger Anne Næss: INCIDENCE, MORTALITY AND RISK FACTORS OF FIRST VENOUS THROMBOSIS IN A GENERAL POPULATION. RESULTS FROM THE SECOND NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY (HUNT2)
336. Vegard Bugten: EFFECTS OF POSTOPERATIVE MEASURES AFTER FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY
337. Morten Bruvold: MANGANESE AND WATER IN CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING
338. Miroslav Fris: THE EFFECT OF SINGLE AND REPEATED ULTRAVIOLET RADIATION ON THE ANTERIOR SEGMENT OF THE RABBIT EYE
339. Svein Arne Aase: METHODS FOR IMPROVING QUALITY AND EFFICIENCY IN QUANTITATIVE ECHOCARDIOGRAPHY – ASPECTS OF USING HIGH FRAME RATE
340. Roger Almvik: ASSESSING THE RISK OF VIOLENCE: DEVELOPMENT AND VALIDATION OF THE BRØSET VIOLENCE CHECKLIST
341. Ottar Sundheim: STRUCTURE-FUNCTION ANALYSIS OF HUMAN ENZYMES INITIATING NUCLEOBASE REPAIR IN DNA AND RNA
342. Anne Mari Undheim: SHORT AND LONG-TERM OUTCOME OF EMOTIONAL AND BEHAVIOURAL PROBLEMS IN YOUNG ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT READING DIFFICULTIES
343. Helge Garåsen: THE TRONDHEIM MODEL. IMPROVING THE PROFESSIONAL COMMUNICATION BETWEEN THE VARIOUS LEVELS OF HEALTH CARE SERVICES AND IMPLEMENTATION OF INTERMEDIATE CARE AT A COMMUNITY HOSPITAL COULD PROVIDE BETTER CARE FOR OLDER PATIENTS. SHORT AND LONG TERM EFFECTS
344. Olav A. Foss: “THE ROTATION RATIOS METHOD”. A METHOD TO DESCRIBE ALTERED SPATIAL ORIENTATION IN SEQUENTIAL RADIOGRAPHS FROM ONE PELVIS
345. Bjørn Olav Åsvold: THYROID FUNCTION AND CARDIOVASCULAR HEALTH
346. Torun Margareta Melø: NEURONAL GLIAL INTERACTIONS IN EPILEPSY
347. Irina Poliakova Eide: FETAL GROWTH RESTRICTION AND PRE-ECLAMPSIA: SOME CHARACTERISTICS OF FETO-MATERNAL INTERACTIONS IN DECIDUA BASALIS
348. Torunn Askim: RECOVERY AFTER STROKE. ASSESSMENT AND TREATMENT; WITH FOCUS ON MOTOR FUNCTION
349. Ann Elisabeth Åsberg: NEUTROPHIL ACTIVATION IN A ROLLER PUMP MODEL OF CARDIOPULMONARY BYPASS. INFLUENCE ON BIOMATERIAL, PLATELETS AND COMPLEMENT



- 350.Lars Hagen: REGULATION OF DNA BASE EXCISION REPAIR BY PROTEIN INTERACTIONS AND POST TRANSLATIONAL MODIFICATIONS
- 351.Sigrun Beate Kjøtrød: POLYCYSTIC OVARY SYNDROME – METFORMIN TREATMENT IN ASSISTED REPRODUCTION
- 352.Steven Keita Nishiyama: PERSPECTIVES ON LIMB-VASCULAR HETEROGENEITY: IMPLICATIONS FOR HUMAN AGING, SEX, AND EXERCISE
- 353.Sven Peter Näsholm: ULTRASOUND BEAMS FOR ENHANCED IMAGE QUALITY
- 354.Jon Ståle Ritland: PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA & EXFOLIATIVE GLAUCOMA. SURVIVAL, COMORBIDITY AND GENETICS
- 355.Sigrid Botne Sando: ALZHEIMER'S DISEASE IN CENTRAL NORWAY. GENETIC AND EDUCATIONAL ASPECTS
- 356.Parvinder Kaur: CELLULAR AND MOLECULAR MECHANISMS BEHIND METHYLMERCURY-INDUCED NEUROTOXICITY
- 357.Ismail Cüneyt Güzey: DOPAMINE AND SEROTONIN RECEPTOR AND TRANSPORTER GENE POLYMORPHISMS AND EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS. STUDIES IN PARKINSON'S DISEASE AND IN PATIENTS TREATED WITH ANTIPSYCHOTIC OR ANTIDEPRESSANT DRUGS
- 358.Brit Dybdahl: EXTRA-CELLULAR INDUCIBLE HEAT-SHOCK PROTEIN 70 (Hsp70) – A ROLE IN THE INFLAMMATORY RESPONSE ?
- 359.Kristoffer Haugarvoll: IDENTIFYING GENETIC CAUSES OF PARKINSON'S DISEASE IN NORWAY
- 360.Nadra Nilssen: TOLL-LIKE RECEPTOR 2 –EXPRESSION, REGULATION AND SIGNALING
- 361.Johan Håkon Bjørngaard: PATIENT SATISFACTION WITH OUTPATIENT MENTAL HEALTH SERVICES – THE INFLUENCE OF ORGANIZATIONAL FACTORS.
- 362.Kjetil Høydal : EFFECTS OF HIGH INTENSITY AEROBIC TRAINING IN HEALTHY SUBJECTS AND CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS; THE IMPORTANCE OF INTENSITY,, DURATION AND FREQUENCY OF TRAINING.
- 363.Trine Karlsen: TRAINING IS MEDICINE: ENDURANCE AND STRENGTH TRAINING IN CORONARY ARTERY DISEASE AND HEALTH.
- 364.Marte Thuen: MANGANASE-ENHANCED AND DIFFUSION TENSOR MR IMAGING OF THE NORMAL, INJURED AND REGENERATING RAT VISUAL PATHWAY
- 365.Cathrine Broberg Vågbø: DIRECT REPAIR OF ALKYLATION DAMAGE IN DNA AND RNA BY 2-OXOGLUTARATE- AND IRON-DEPENDENT DIOXYGENASES
- 366.Arnt Erik Tjønnå: AEROBIC EXERCISE AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN OVERWEIGHT AND OBESE ADOLESCENTS AND ADULTS
- 367.Marianne W. Furnes: FEEDING BEHAVIOR AND BODY WEIGHT DEVELOPMENT: LESSONS FROM RATS
- 368.Lene N. Johannessen: FUNGAL PRODUCTS AND INFLAMMATORY RESPONSES IN HUMAN MONOCYTES AND EPITHELIAL CELLS
- 369.Anja Bye: GENE EXPRESSION PROFILING OF *INHERITED* AND *ACQUIRED* MAXIMAL OXYGEN UPTAKE – RELATIONS TO THE METABOLIC SYNDROME.
- 370.Oluf Dimitri Røe: MALIGNANT MESOTHELIOMA: VIRUS, BIOMARKERS AND GENES. A TRANSLATIONAL APPROACH
- 371.Ane Cecilie Dale: DIABETES MELLITUS AND FATAL ISCHEMIC HEART DISEASE. ANALYSES FROM THE HUNT1 AND 2 STUDIES
- 372.Jacob Christian Hølen: PAIN ASSESSMENT IN PALLIATIVE CARE: VALIDATION OF METHODS FOR SELF-REPORT AND BEHAVIOURAL ASSESSMENT
- 373.Erming Tian: THE GENETIC IMPACTS IN THE ONCOGENESIS OF MULTIPLE MYELOMA
- 374.Ole Bosnes: KLINISK UTPRØVING AV NORSKE VERSJONER AV NOEN SENTRALE TESTER PÅ KOGNITIV FUNKSJON
- 375.Ola M. Rygh: 3D ULTRASOUND BASED NEURONAVIGATION IN NEUROSURGERY. A CLINICAL EVALUATION
- 376.Astrid Kamilla Stunes: ADIPOKINES, PEROXISOME PROFILERATOR ACTIVATED RECEPTOR (PPAR) AGONISTS AND SEROTONIN. COMMON REGULATORS OF BONE AND FAT METABOLISM
- 377.Silje Engdal: HERBAL REMEDIES USED BY NORWEGIAN CANCER PATIENTS AND THEIR ROLE IN HERB-DRUG INTERACTIONS
- 378.Kristin Offerdal: IMPROVED ULTRASOUND IMAGING OF THE FETUS AND ITS CONSEQUENCES FOR SEVERE AND LESS SEVERE ANOMALIES

379. Øivind Rognmo: HIGH-INTENSITY AEROBIC EXERCISE AND CARDIOVASCULAR HEALTH  
380. Jo-Åsmund Lund: RADIOTHERAPY IN ANAL CARCINOMA AND PROSTATE CANCER

**2009**

381. Tore Grüner Bjåstad: HIGH FRAME RATE ULTRASOUND IMAGING USING PARALLEL BEAMFORMING  
382. Erik Søndena: INTELLECTUAL DISABILITIES IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM  
383. Berit Rostad: SOCIAL INEQUALITIES IN WOMEN'S HEALTH, HUNT 1984-86 AND 1995-97, THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY (HUNT)  
384. Jonas Crosby: ULTRASOUND-BASED QUANTIFICATION OF MYOCARDIAL DEFORMATION AND ROTATION  
385. Erling Tronvik: MIGRAINE, BLOOD PRESSURE AND THE RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM  
386. Tom Christensen: BRINGING THE GP TO THE FOREFRONT OF EPR DEVELOPMENT  
387. Håkon Bergseng: ASPECTS OF GROUP B STREPTOCOCCUS (GBS) DISEASE IN THE NEWBORN. EPIDEMIOLOGY, CHARACTERISATION OF INVASIVE STRAINS AND EVALUATION OF INTRAPARTUM SCREENING  
388. Ronny Myhre: GENETIC STUDIES OF CANDIDATE TENE3S IN PARKINSON'S DISEASE  
389. Torbjørn Moe Eggebø: ULTRASOUND AND LABOUR  
390. Eivind Wang: TRAINING IS MEDICINE FOR PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE  
391. Thea Kristin Våtsveen: GENETIC ABERRATIONS IN MYELOMA CELLS  
392. Thomas Jozefiak: QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: CHILD AND PARENT PERSPECTIVES  
393. Jens Erik Slagsvold: N-3 POLYUNSATURATED FATTY ACIDS IN HEALTH AND DISEASE – CLINICAL AND MOLECULAR ASPECTS  
394. Kristine Misund: A STUDY OF THE TRANSCRIPTIONAL REPRESSOR ICER. REGULATORY NETWORKS IN GASTRIN-INDUCED GENE EXPRESSION  
395. Franco M. Impellizzeri: HIGH-INTENSITY TRAINING IN FOOTBALL PLAYERS. EFFECTS ON PHYSICAL AND TECHNICAL PERFORMANCE  
396. Kari Hanne Gjeilo: HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND CHRONIC PAIN IN PATIENTS UNDERGOING CARDIAC SURGERY  
397. Øyvind Hauso: NEUROENDOCRINE ASPECTS OF PHYSIOLOGY AND DISEASE  
398. Ingvild Bjellmo Johnsen: INTRACELLULAR SIGNALING MECHANISMS IN THE INNATE IMMUNE RESPONSE TO VIRAL INFECTIONS  
399. Linda Tømmerdal Roten: GENETIC PREDISPOSITION FOR DEVELOPMENT OF PREEMCLAMPسيا – CANDIDATE GENE STUDIES IN THE HUNT (NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY) POPULATION  
400. Trude Teoline Nausthaug Rakvåg: PHARMACOGENETICS OF MORPHINE IN CANCER PAIN  
401. Hanne Lehn: MEMORY FUNCTIONS OF THE HUMAN MEDIAL TEMPORAL LOBE STUDIED WITH fMRI  
402. Randi Utne Holt: ADHESION AND MIGRATION OF MYELOMA CELLS – IN VITRO STUDIES –  
403. Trygve Solstad: NEURAL REPRESENTATIONS OF EUCLIDEAN SPACE  
404. Unn-Merete Fagerli: MULTIPLE MYELOMA CELLS AND CYTOKINES FROM THE BONE MARROW ENVIRONMENT; ASPECTS OF GROWTH REGULATION AND MIGRATION  
405. Sigrid Bjørnelv: EATING- AND WEIGHT PROBLEMS IN ADOLESCENTS, THE YOUNG HUNT-STUDY  
406. Mari Hoff: CORTICAL HAND BONE LOSS IN RHEUMATOID ARTHRITIS. EVALUATING DIGITAL X-RAY RADIOGRAMMETRY AS OUTCOME MEASURE OF DISEASE ACTIVITY, RESPONSE VARIABLE TO TREATMENT AND PREDICTOR OF BONE DAMAGE  
407. Siri Bjørgen: AEROBIC HIGH INTENSITY INTERVAL TRAINING IS AN EFFECTIVE TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE  
408. Susanne Lindqvist: VISION AND BRAIN IN ADOLESCENTS WITH LOW BIRTH WEIGHT  
409. Torbjørn Hergum: 3D ULTRASOUND FOR QUANTITATIVE ECHOCARDIOGRAPHY

410. Jørgen Urnes: PATIENT EDUCATION IN GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE. VALIDATION OF A DIGESTIVE SYMPTOMS AND IMPACT QUESTIONNAIRE AND A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF PATIENT EDUCATION
411. Elvar Eyjolfsson: <sup>13</sup>C NMRS OF ANIMAL MODELS OF SCHIZOPHRENIA
412. Marius Steiro Fimland: CHRONIC AND ACUTE NEURAL ADAPTATIONS TO STRENGTH TRAINING
413. Øyvind Støren: RUNNING AND CYCLING ECONOMY IN ATHLETES; DETERMINING FACTORS, TRAINING INTERVENTIONS AND TESTING
414. Håkon Hov: HEPATOCYTE GROWTH FACTOR AND ITS RECEPTOR C-MET. AUTOCRINE GROWTH AND SIGNALING IN MULTIPLE MYELOMA CELLS
415. Maria Radtke: ROLE OF AUTOIMMUNITY AND OVERSTIMULATION FOR BETA-CELL DEFICIENCY. EPIDEMIOLOGICAL AND THERAPEUTIC PERSPECTIVES
416. Liv Bente Romundstad: ASSISTED FERTILIZATION IN NORWAY: SAFETY OF THE REPRODUCTIVE TECHNOLOGY
417. Erik Magnus Berntsen: PREOPERATIV PLANNING AND FUNCTIONAL NEURONAVIGATION – WITH FUNCTIONAL MRI AND DIFFUSION TENSOR TRACTOGRAPHY IN PATIENTS WITH BRAIN LESIONS
418. Tonje Strømmen Steigedal: MOLECULAR MECHANISMS OF THE PROLIFERATIVE RESPONSE TO THE HORMONE GASTRIN
419. Vidar Rao: EXTRACORPOREAL PHOTOCHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH CUTANEOUS T CELL LYMPHOMA OR GRAFT-vs-HOST DISEASE
420. Torkild Visnes: DNA EXCISION REPAIR OF URACIL AND 5-FLUOROURACIL IN HUMAN CANCER CELL LINES

## 2010

421. John Munkhaugen: BLOOD PRESSURE, BODY WEIGHT, AND KIDNEY FUNCTION IN THE NEAR-NORMAL RANGE: NORMALITY, RISK FACTOR OR MORBIDITY ?
422. Ingrid Castberg: PHARMACOKINETICS, DRUG INTERACTIONS AND ADHERENCE TO TREATMENT WITH ANTIPSYCHOTICS: STUDIES IN A NATURALISTIC SETTING
423. Jian Xu: BLOOD-OXYGEN-LEVEL-DEPENDENT-FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND DIFFUSION TENSOR IMAGING IN TRAUMATIC BRAIN INJURY RESEARCH
424. Sigmund Simonsen: ACCEPTABLE RISK AND THE REQUIREMENT OF PROPORTIONALITY IN EUROPEAN BIOMEDICAL RESEARCH LAW. WHAT DOES THE REQUIREMENT THAT BIOMEDICAL RESEARCH SHALL NOT INVOLVE RISKS AND BURDENS DISPROPORTIONATE TO ITS POTENTIAL BENEFITS MEAN?
425. Astrid Woodhouse: MOTOR CONTROL IN WHIPLASH AND CHRONIC NON-TRAUMATIC NECK PAIN
426. Line Rørstad Jensen: EVALUATION OF TREATMENT EFFECTS IN CANCER BY MR IMAGING AND SPECTROSCOPY
427. Trine Moholdt: AEROBIC EXERCISE IN CORONARY HEART DISEASE
428. Øystein Olsen: ANALYSIS OF MANGANESE ENHANCED MRI OF THE NORMAL AND INJURED RAT CENTRAL NERVOUS SYSTEM
429. Bjørn H. Grønberg: PEMETREXED IN THE TREATMENT OF ADVANCED LUNG CANCER
430. Vigdis Schnell Husby: REHABILITATION OF PATIENTS UNDERGOING TOTAL HIP ARTHROPLASTY WITH FOCUS ON MUSCLE STRENGTH, WALKING AND AEROBIC ENDURANCE PERFORMANCE
431. Torbjørn Øien: CHALLENGES IN PRIMARY PREVENTION OF ALLERGY. THE PREVENTION OF ALLERGY AMONG CHILDREN IN TRONDHEIM (PACT) STUDY.
432. Kari Anne Indredavik Evensen: BORN TOO SOON OR TOO SMALL: MOTOR PROBLEMS IN ADOLESCENCE
433. Lars Adde: PREDICTION OF CEREBRAL PALSY IN YOUNG INFANTS. COMPUTER BASED ASSESSMENT OF GENERAL MOVEMENTS
434. Magnus Fasting: PRE- AND POSTNATAL RISK FACTORS FOR CHILDHOOD ADIPOSITY
435. Vivi Talstad Monsen: MECHANISMS OF ALKYLATION DAMAGE REPAIR BY HUMAN ALKB HOMOLOGUES

436. Toril Skandsen: MODERATE AND SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY. MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS, COGNITION AND RISK FACTORS FOR DISABILITY
437. Ingeborg Smidesang: ALLERGY RELATED DISORDERS AMONG 2-YEAR OLDS AND ADOLESCENTS IN MID-NORWAY – PREVALENCE, SEVERITY AND IMPACT. THE PACT STUDY 2005, THE YOUNG HUNT STUDY 1995-97
438. Vidar Halsteinli: MEASURING EFFICIENCY IN MENTAL HEALTH SERVICE DELIVERY: A STUDY OF OUTPATIENT UNITS IN NORWAY
439. Karen Lehrmann Ægidius: THE PREVALENCE OF HEADACHE AND MIGRAINE IN RELATION TO SEX HORMONE STATUS IN WOMEN. THE HUNT 2 STUDY
440. Madelene Ericsson: EXERCISE TRAINING IN GENETIC MODELS OF HEART FAILURE
441. Marianne Klokke: THE ASSOCIATION BETWEEN SELF-REPORTED ECZEMA AND COMMON MENTAL DISORDERS IN THE GENERAL POPULATION. THE HORDALAND HEALTH STUDY (HUSK)
442. Tomas Ottemo Stølen: IMPAIRED CALCIUM HANDLING IN ANIMAL AND HUMAN CARDIOMYOCYTES REDUCE CONTRACTILITY AND INCREASE ARRHYTHMIA POTENTIAL – EFFECTS OF AEROBIC EXERCISE TRAINING
443. Bjarne Hansen: ENHANCING TREATMENT OUTCOME IN COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER: THE IMPORTANCE OF COGNITIVE FACTORS
444. Mona Løvlien: WHEN EVERY MINUTE COUNTS. FROM SYMPTOMS TO ADMISSION FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH SPECIAL EMPHASIS ON GENDER DIFFERENCES
445. Karin Margaretha Gilljam: DNA REPAIR PROTEIN COMPLEXES, FUNCTIONALITY AND SIGNIFICANCE FOR REPAIR EFFICIENCY AND CELL SURVIVAL
446. Anne Byriel Walls: NEURONAL GLIAL INTERACTIONS IN CEREBRAL ENERGY – AND AMINO ACID HOMEOSTASIS – IMPLICATIONS OF GLUTAMATE AND GABA
447. Cathrine Fallang Knetter: MECHANISMS OF TOLL-LIKE RECEPTOR 9 ACTIVATION
448. Marit Følsvik Svindseth: A STUDY OF HUMILIATION, NARCISSISM AND TREATMENT OUTCOME IN PATIENTS ADMITTED TO PSYCHIATRIC EMERGENCY UNITS
449. Karin Elvenes Bakkeland: GASTRIC NEUROENDOCRINE CELLS – ROLE IN GASTRIC NEOPLASIA IN MAN AND RODENTS
450. Kirsten Brun Kjelstrup: DORSOVENTRAL DIFFERENCES IN THE SPATIAL REPRESENTATION AREAS OF THE RAT BRAIN
451. Roar Johansen: MR EVALUATION OF BREAST CANCER PATIENTS WITH POOR PROGNOSIS
452. Rigmor Myran: POST TRAUMATIC NECK PAIN. EPIDEMIOLOGICAL, NEURORADIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS
453. Krisztina Kunszt Johansen: GENEALOGICAL, CLINICAL AND BIOCHEMICAL STUDIES IN *LRRK2* – ASSOCIATED PARKINSON'S DISEASE
454. Pål Gjerden: THE USE OF ANTICHOLINERGIC ANTIPARKINSON AGENTS IN NORWAY. EPIDEMIOLOGY, TOXICOLOGY AND CLINICAL IMPLICATIONS
455. Else Marie Huuse: ASSESSMENT OF TUMOR MICROENVIRONMENT AND TREATMENT EFFECTS IN HUMAN BREAST CANCER XENOGRAFTS USING MR IMAGING AND SPECTROSCOPY
456. Khalid S. Ibrahim: INTRAOPERATIVE ULTRASOUND ASSESSMENT IN CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY – WITH SPECIAL REFERENCE TO CORONARY ANASTOMOSES AND THE ASCENDING AORTA
457. Bjørn Øglænd: ANTHROPOMETRY, BLOOD PRESSURE AND REPRODUCTIVE DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE OF OFFSPRING OF MOTHERS WHO HAD PREECLAMPSIA IN PREGNANCY
458. John Olav Roaldset: RISK ASSESSMENT OF VIOLENT, SUICIDAL AND SELF-INJURIOUS BEHAVIOUR IN ACUTE PSYCHIATRY – A BIO-PSYCHO-SOCIAL APPROACH
459. Håvard Dalen: ECHOCARDIOGRAPHIC INDICES OF CARDIAC FUNCTION – NORMAL VALUES AND ASSOCIATIONS WITH CARDIAC RISK FACTORS IN A POPULATION FREE FROM CARDIOVASCULAR DISEASE, HYPERTENSION AND DIABETES: THE HUNT 3 STUDY
460. Beate André: CHANGE CAN BE CHALLENGING. INTRODUCTION TO CHANGES AND IMPLEMENTATION OF COMPUTERIZED TECHNOLOGY IN HEALTH CARE

461. Latha Nruham: ASSOCIATES AND PREDICTORS OF ATTEMPTED SUICIDE AMONG DEPRESSED ADOLESCENTS – A 6-YEAR PROSPECTIVE STUDY
462. Håvard Bersås Nordgaard: TRANSIT-TIME FLOWMETRY AND WALL SHEAR STRESS ANALYSIS OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTS – A CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY
- Cotutelle with University of Ghent: Abigail Emily Swillens: A MULTIPHYSICS MODEL FOR IMPROVING THE ULTRASONIC ASSESSMENT OF LARGE ARTERIES

**2011**

463. Marte Helene Bjørk: DO BRAIN RHYTHMS CHANGE BEFORE THE MIGRAINE ATTACK? A LONGITUDINAL CONTROLLED EEG STUDY
464. Carl-Jørgen Arum: A STUDY OF UROTHELIAL CARCINOMA: GENE EXPRESSION PROFILING, TUMORIGENESIS AND THERAPIES IN ORTHOTOPIC ANIMAL MODELS
465. Ingunn Harstad: TUBERCULOSIS INFECTION AND DISEASE AMONG ASYLUM SEEKERS IN NORWAY. SCREENING AND FOLLOW-UP IN PUBLIC HEALTH CARE
466. Leif Åge Strand: EPIDEMIOLOGICAL STUDIES AMONG ROYAL NORWEGIAN NAVY SERVICEMEN. COHORT ESTABLISHMENT, CANCER INCIDENCE AND CAUSE-SPECIFIC MORTALITY
467. Katrine Høyer Holgersen: SURVIVORS IN THEIR THIRD DECADE AFTER THE NORTH SEA OIL RIG DISASTER OF 1980. LONG-TERM PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH
468. Marianne Wallenius: PREGNANCY RELATED ASPECTS OF CHRONIC INFLAMMATORY ARTHRITIDES: DISEASE ONSET POSTPARTUM, PREGNANCY OUTCOMES AND FERTILITY. DATA FROM A NORWEGIAN PATIENT REGISTRY LINKED TO THE MEDICAL BIRTH REGISTRY OF NORWAY
469. Ole Vegard Solberg: 3D ULTRASOUND AND NAVIGATION – APPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY
470. Inga Ekeberg Schjerve: EXERCISE-INDUCED IMPROVEMENT OF MAXIMAL OXYGEN UPTAKE AND ENDOTHELIAL FUNCTION IN OBESE AND OVERWEIGHT INDIVIDUALS ARE DEPENDENT ON EXERCISE-INTENSITY
471. Eva Veslemøy Tyldum: CARDIOVASCULAR FUNCTION IN PREECLAMPSIA – WITH REFERENCE TO ENDOTHELIAL FUNCTION, LEFT VENTRICULAR FUNCTION AND PRE-PREGNANCY PHYSICAL ACTIVITY
472. Benjamin Garzón Jiménez de Cisneros: CLINICAL APPLICATIONS OF MULTIMODAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING
473. Halvard Knut Nilsen: ASSESSING CODEINE TREATMENT TO PATIENTS WITH CHRONIC NON-MALIGNANT PAIN: NEUROPSYCHOLOGICAL FUNCTIONING, DRIVING ABILITY AND WEANING
474. Eiliv Brenner: GLUTAMATE RELATED METABOLISM IN ANIMAL MODELS OF SCHIZOPHRENIA
475. Egil Jonsbu: CHEST PAIN AND PALPITATIONS IN A CARDIAC SETTING; PSYCHOLOGICAL FACTORS, OUTCOME AND TREATMENT
476. Mona Høysæter Fenstad: GENETIC SUSCEPTIBILITY TO PREECLAMPSIA : STUDIES ON THE NORD-TRØNDELAG HEALTH STUDY (HUNT) COHORT, AN AUSTRALIAN/NEW ZEALAND FAMILY COHORT AND DECIDUA BASALIS TISSUE
477. Svein Erik Gaustad: CARDIOVASCULAR CHANGES IN DIVING: FROM HUMAN RESPONSE TO CELL FUNCTION
478. Karin Torvik: PAIN AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS LIVING IN NURSING HOMES
479. Arne Solberg: OUTCOME ASSESSMENTS IN NON-METASTATIC PROSTATE CANCER
480. Henrik Sahlin Pettersen: CYTOTOXICITY AND REPAIR OF URACIL AND 5-FLUOROURACIL IN DNA
481. Pui-Lam Wong: PHYSICAL AND PHYSIOLOGICAL CAPACITY OF SOCCER PLAYERS: EFFECTS OF STRENGTH AND CONDITIONING
482. Ole Solheim: ULTRASOUND GUIDED SURGERY IN PATIENTS WITH INTRACRANIAL TUMOURS
483. Sten Roar Snare: QUANTITATIVE CARDIAC ANALYSIS ALGORITHMS FOR POCKET-SIZED ULTRASOUND DEVICES
484. Marit Skyrud Bratlie: LARGE-SCALE ANALYSIS OF ORTHOLOGS AND PARALOGS IN VIRUSES AND PROKARYOTES

485. Anne Elisabeth F. Isern: BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY – RISK OF RECURRENCE AFTER DELAYED LARGE FLAP RECONSTRUCTION – AESTHETIC OUTCOME, PATIENT SATISFACTION, QUALITY OF LIFE AND SURGICAL RESULTS; HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS AND FOLLOW-UP AFTER PROPHYLACTIC MASTECTOMY IN HEREDITARY BREAST CANCER
486. Guro L. Andersen: CEREBRAL PALSY IN NORWAY – SUBTYPES, SEVERITY AND RISK FACTORS
487. Frode Kolstad: CERVICAL DISC DISEASE – BIOMECHANICAL ASPECTS
488. Bente Nordtug: CARING BURDEN OF COHABITANTS LIVING WITH PARTNERS SUFFERING FROM CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OR DEMENTIA
489. Mariann Gjervik Heldahl: EVALUATION OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER BASED ON MR METHODOLOGY
490. Lise Tevik Løvseth: THE SUBJECTIVE BURDEN OF CONFIDENTIALITY
491. Marie Hjelmseth Aune: INFLAMMATORY RESPONSES AGAINST GRAM NEGATIVE BACTERIA INDUCED BY TLR4 AND NLRP12
492. Tina Strømndal Wik: EXPERIMENTAL EVALUATION OF NEW CONCEPTS IN HIP ARTHROPLASTY
493. Solveig Sigurdardóttir: CLINICAL ASPECTS OF CEREBRAL PALSY IN ICELAND. A POPULATION-BASED STUDY OF PRESCHOOL CHILDREN
494. Arne Reimers: CLINICAL PHARMACOKINETICS OF LAMOTRIGINE
495. Monica Wegling: KULTURMENNESKETS BYRDE OG SYKDOMMENS VELSIGNALSE. KAN MEDISINSK UTREDNING OG INTERVENSJON HA EN SELVSTENDIG FUNKSJON UAVHENGIG AV DET KURATIVE?

