



# Livet sjølv på blå resept?

---

## REDAKSJONELT

NESSA J

---

*Ei bærekraftig utvikling i medisinen føreset at pasientane både får større påverknad på og meir ansvar for når ein skal føreta ein medisinsk intervensjon*

På sjølvaste julafta i fjor stod det å lese i norske aviser at ein mann ti år etter at han vart sterilisert, kravde erstatning fordi han på forunderleg vis vart far for tre år sidan (1). Mannen si historie er ikkje eit tema for teologien. Derimot måtte Høgsterett prøve spørsmålet om mannen har krav på erstatning frå Regionsjukehuset i Trondheim på grunn av eit feilslått inngrep.

Historia illustrerer ein del sentrale dilemma i moderne medisin. For det første viser ho at det tradisjonelle sjukdomsogrepet blir inadekvat og for snevert i tilhøve til mange av dei rollene medisinen har fått tildelt i eit moderne samfunn. Same korleis ein snur og vender på det, har verken ein steriliseringsoperasjon spesielt eller den omfattande prevensjonsteknologien generelt noko som helst med sjukdom å gjere. Derimot er det samfunnet sin måte å intervenere på for å regulere ein av dei mest sentrale driftene i menneskelivet. Det er det offentlege helsevesenet som har regien, og som kanskje også får rekninga i retur frå Høgsterett.

Den andre problemstillinga denne saka illustrerer, er kva som er ein legitim intervensjon frå helsevesenet si side. Det er ikkje nytt i historia at teknologi blir brukt for å regulere kroppslege funksjonar. Det er heller ikkje nytt at følgjene av desse inngrepa blir problematiserte. I romanen *Rosens navn* av Umberto Eco, som skildrar livet i eit kloster på 1300-talet, viser den lærde fransiskanar William av Baskerville seg fram med eit nymotens påfunn, oculi de vitro cum capsula, augeglas med innfatning (2). William kan ikkje unnvere desse glasa, dei er mest som ein del av han sjølv. På den andre sida skaper dei skrekk og gru. Er brillene hellig magi eller hekseri? Kanskje djevelen har ein finger med i handverket til glasmeisteren? Som Anna Midelfart refererer frå ei gravskrift i Firenze: Må Gud forlate ham hans skyld (3).

I dag kan vi smile av eksemplet. Sjølv om også dette er meir aktuelt enn ein skulle tru. Ikkje sjeldan møter ein i primær- eller skulehelsetenesta barn som etter press frå foreldre eller pedagogisk personell har fått seg sine briller mot lese- og skrivevanskar, men som ikkje vil bruke dei. Ønsket om at briller skal hjelpe er lett å forstå i all sin manglande realisme. For lese- og skrivevanskar må vere ei betydeleg påkjenning i vår tid.

Medisinske intervensjonar er ofte motiverte ut frå profylaksetenking. Tertiærprofylakse - behandling av alt oppstått sjukdom, er etisk sett relativt ukontroversielt. Meir problematisk blir sekundær- og primærprofylakse. Ikkje minst er det problematisk når moderne farmakologi kan tilby primærprofylaktisk intervensjon mot det meste. Stikkord er statin,

antihypertensiv, Viagra. Målgruppene er heilt ulike og har likevel noko felles. Anten det handlar om eit relativt høgt kolesterolnivå, eit noko høgt blodtrykk eller eit understell som ikkje vil handle på seksuell kommando, er målgruppene relativt store. Dei overlappar kvarandre, og kan komme til å omfatte dei fleste av oss. Dessutan er dei assosierte med livsstil og risiko på eit eller anna plan: Hjarte- og karsjukdom, funksjonssvikt, samlivsproblem.

To spørsmål som heng nøye saman blir påtrengande for samfunnet generelt og for helsevesenet spesielt: Kven skal betale resepten, og kven skal bestemme når det er legitimt å intervernere? Den tid er i praksis forbi at ein lege med fagleg autoritet åleine kan fastslå at blodtrykket ikkje er høgt nok eller potensproblema ikkje er store nok til at dei treng behandling. Ein kan nok vere premissleverandør for eit velgrunna val, og ein kan sjølv sagt nekte å låne namnet sitt til ein resept. Men eit menneske som insisterer på behandling av slike plager, vil i vårt samfunn likevel oppnå å få det. Grunnen til at det er slik er at den politiske liberalismen, den vitskapleg baserte opplysningsfilosofien og respekten for det autonome enkeltindividet som vårt sivile samfunn er grunna på, føreset at kvart enkelt individ må bestemme sjølv både kva intervensjon som er akseptabel og ta ansvaret for konsekvensane av intervensjonen. Det tyder at ein i prinsippet både bør betale for den intervensjonen ein bed om, og akseptere den risikoen all intervensjon medfører.

Medisinen har akseptert prinsippet om individet sin autonomi forstått i snever forstand som informert samtykke. Det er vanskelegare å forstå og akseptere den andre delen av det same prinsippet: At med rettar følgjer det også alltid plikter, til dømes plikta til å betale for seg dersom ein bed om noko som det er urimeleg at ein skal få gratis. Manglar dette elementet, kjem ein opp i eit helsepolitisk uføre omtalt som "dutileless rights" (4). Ein norsk variant av dette uføret er ein vitne til når prinsipp som er meint til å oppretthalde eit solidarisk helsestell, i praksis undergrev det same helsestellet. Dynamikken er som følgjer: Først blir eit livsstilsmedikament lansert med straumlinjeforma retoriske hjelpemiddel frå legemiddelindustrien. Når så effekten er dokumentert, og dei snevre faglege motførestillingane stilnar, kjem presset mot dei politiske styresmakter. Pasientane er verdig trengande. Dessutan er dei mange, så mange at tilstanden kan ramme oss alle. Medisinen må på blå resept.

Det er mellom anna slik det går føre seg i dag når i utgangspunktet for små ressursar blir tatt frå dei fattige og sjuke og gitt til dei rike og friske. For no er det ikkje lenger slik at det er dei fattige som er dei mange og dei rike som er dei få. Det er omvendt. Difor går heller ikkje den helsepolitiske rekneskapen lenger opp med sluttresultatet solidaritet. Og det er synd for oss som vil støtte det prinsippet.

Magne Nylenna påpeikar i dette nummeret av Tidsskriftet at måtehald bør bli ei fagleg dygd også for utøvarane av moderne medisin (5). Dette er nødvendig for å få til ei bærekraftig utvikling der kostnader blir vurdert mot nytte. Nylenna har eit viktig poeng. Men skal dette bli helsepolitikk i praksis, må prismekanismane reflektere reelle samfunnskostnader slik at dei stimulerer til måtehald. Og då må nok stadig fleire tiltak finansierast på anna vis enn gjennom ein offentleg blåresept - sjølv om resepten isolert sett kan vere både god og nyttig for den enkelte pasienten.

*John Nessa*

---

#### LITTERATUR:

1. Tangnes J. Sterilisert ble far. Dagbladet 24.12.1998: 14.
2. Eco U. Rosens navn. Oslo: Tiden, 1980: 95.
3. Midelfart A. Brille - over og ut? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1112-4.
4. Dunstan G. Ideology, ethics and practice. The John Hunter lecture. London: The Royal College of General Practitioners, 1994.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no