
Verdigrunnlaget for medisinen i komande tider

TEMA

GEIR SVERRE BRAUT

Fylkeslegen i Rogaland
Postboks 680
4003 Stavanger
og
Nordiska hälsovårdshögskolan
Göteborg

Målet med artikkelen er å føreslå ein struktur for dei verdiane som bør leggjast til grunn for legerolla i framtida. Utgangspunktet er dei verdiane som i dag kan seiast å vere samlande for medisinsk praksis.

Medisinen må for det første leggje til grunn at menneskeverdet er ukrenkeleg. Dette medfører at ein må leggje vekt både på å styrkje sjølvråderetten og å verne om det veike og det sårbare i menneskelivet. For det andre må medisinsk praksis byggje på eit fagleg forsvarleg grunnlag. Det vil seie at kunnskapen skal utviklast med vitskaplege metodar, men desse treng ikkje berre vere av biomedisinsk art. Medisinen sin grunnleggjande stokastiske natur må kome til syne. For det tredje må dei medisinske tenestene byggje på likeverd. Dette tilseier at tilbodet til dei svakaste mellom oss må ha høg prioritet. Til sist må den medisinske verksemda vere føreseieleg og open for innsyn.

Verdiar kan definerast som førestellingar og kjensler om kva som er godt og kva som er vondt, altså om kva mål som det er verdt å gjere til mål for livet (1, 2). Omgrepet normer er på mange måtar uløyseleg knytt til verdiar og kan definerast som førestellingar og kjensler om kva som er rett og kva som er gale, altså om ulike handlingar er høvelege verkemiddel på vegen fram mot verdiane.

På dette viset får ein fram skiljet mellom verdiar som noko ein ønskjer å oppnå, og normer som handlingsreglane som leier oss fram mot verdiane. I figur 1 er dette prøvd vist med normene som gjerda langs ”den smale vegen” som leier fram mot ”livet”, for å nytte ein bibelsk allegori (Matt 7,13 – 14).

I vår tid går debatten høgt om det verkeleg er mogeleg å finne samlande kollektivt aksepterte verdiar. Det kan argumenterast for at det beste vi kan oppnå, er aksept for dei normene som skal gjelde i eit sosialt system (3). Andre hevdar derimot at verdipluralismen ikkje kan legitimere nedbrytinga av levedyktige, verdimeessig homogene sosiale system (4).

Dette siste synspunktet ligg til grunn for stortingsmeldinga om verdiar for den norske helsetenesta som Bondevik-regjeringa la fram i desember 1999 etter initiativ frå statsråd Dagfinn Høybråten (5). Denne meldinga tek utgangspunkt i det rådande verdigrunnlaget for helsetenesta. Ho legg til grunn at det er viktig at ein ikkje mistar av syne kva som er det eigentlege målet med helsetenesta i ei tid med stor vekt på reformar knytte til økonomi, utstyr, personell og lovgjeving.

Romet for strategiske tilpassingar til ulike strukturelle ordningar er stort. Det kan lett føre til at tenestesystema og tenesteytarane tolkar gjeldande normer i lys av egne verdisett. Dei administrative røynslene frå ordninga med innsatsstyrt finansiering i sjukehusa kan tene som eit døme på dette. Psykiatrien si vegring mot å ta inn pasientar med rusmiddelproblem fordi dei eigentleg høyrer inn under sosiallovgjevinga, kan stå som eit anna døme. Kelnersyndromet, ”det er ikkje mitt bord”, står for ei normtilpassing som gjerne kan vere juridisk rett, men som ikkje alltid vil tole ein analyse i eit verdiperspektiv.

Verdiomgrepet har ikkje særleg lange tradisjonar i den norske forvaltninga. Første gongen det blei nytta på ein tydeleg måte i sentrale styringsdokument for helsetenesta, var i ei stortingsmelding i 1994 (6). Denne meldinga legg vekt på dei verdiane som knyter helsetenesta opp til samfunnet elles. Sentralt står difor tryggleik for alle til å få hjelp frå helsetenesta, fellesskapet sitt ansvar for å etablere helsetenester, rettferdig tilgang til tenestene, god kvalitet, effektivitet, god kostnadskontroll og styrking av arbeidet med å sikre arbeid for alle (arbeidslinja). Meldinga tek ikkje utgangspunkt i dei verdiberande tradisjonane som helsetenesta og medisinen sjølv forvaltar.

Medisinen sin eigen verditradisjon

Den medisinske tradisjonen ligg derimot til grunn for dei medisinske kjerneverdiane som professor i allmennmedisin David Morrell skisserte i 1994 (7). Utgangspunktet er lege-pasient-forholdet. Dei seks kjerneverdiane blir fremja med slagferdig engelskspråkleg allitterasjon: ”confidence”, ”confidentiality”, ”competence”, ”contract”, ”community responsibility” og ”commitment”. Med det kliniske møtet som utgangspunkt, er det ikkje til å undre seg over at desse formuleringane blir ganske spesifikke. Dei må utan tvil tolkast i lys av at Morrell alt har definert eit grunnleggjande sett av overordna verdiar. Sentralt i dette settet står truleg omgrepet menneskeverd. Innhaldet i dette omgrepet er ikkje eintydig.

Knut Erik Tranøy har gjeve god hjelp i tolkinga ved å peike på at menneskeverd står for eit minstemål som ikkje får krenkjast (8). Han meiner at respekten for menneskeverdet kanskje er den einaste moralnorma som i dag framstår som unntakslaus og absolutt. Vidare peikar han på medmenneskeorienteringa og pliktene overfor dei svakaste mellom oss som sentrale element i den allmenne moralske arven. Desse kan analyserast i høve til sjølvrealisering og sjølvråderett som verdiar i menneskelivet.

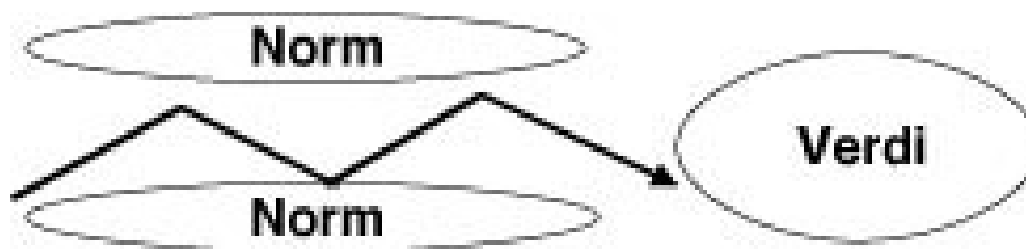
Figur 2 er eit forsøk på å syne korleis sjølvråderetten og evna til sjølvrealisering, kall det gjerne autonomi, er varierende gjennom livet, til dømes som følgje av alder og sjukdom. Til dømes eit spedbarn eller ein medvitslaus person vil ikkje ha særleg mykje reell autonomi. Det fundamentalt ukrenkelege menneskeverdet, her kalla integritet, skal derimot få vere ein "livskonstant", uavhengig av individuelle karakteristika og vilkår knytt til ulike situasjonar som kan medverke til at den reelle sjølvråderetten kan variere.

Yttergrensene for kva som skal til for å krenkje menneskeverdet er for ein stor del fastlagde i internasjonale konvensjonar om menneskerettar (9). Innanfor helseretten avspeglar det intime sambandet mellom integriteten og autonomien seg til dømes i § 4-9 i den nye pasientrettsloven som handlar om retten til å nekte blodoverføring i særlege høve (10).

Sjølv om autonomiprinsippet har ein klår plass i den medisinske etikken, er det likevel verdt å reflektere over dei feilgrepa vi kan gjere dersom vi berre tolkar menneskeverdet ut frå sjølvråderetten og romet for sjølvrealisering. Vi treng eit meir nyansert sett av omgrep dersom vi skal kunne møte menneskeverdet i ei rekkje typiske situasjonar i den kliniske kvardagen, der det slett ikkje er det viljesterke og kraftfulle som fell oss i augo.

Det kvite romet i figuren, mellom integriteten og autonomien, kan gjerne kallast det sårbare i menneskelivet. Dansken Jacob Dahl Rendtorff meiner at det sårbare er nært knytt til integriteten ved at det handlar om den menneskelege urørlege sonen (11). Han hevdar at helsetenesta gløymer det sårbare til fordel for ei ukritisk hylling av autonomien. Det sårbare utgjer ein moralsk appell om omsyn og omsorg. Det sårbare gjer krav på vern. Teieplikta kan til dømes grunnjevast i kravet om vern av det sårbare. Det er faktisk slik at legen *kan* vike frå teieplikta ved samtykke frå pasienten, men legen har ikkje nødvendigvis plikt til å gjere så dersom han meiner at det kan skade pasienten.

Figur 2 gjev eit bilete av ulike posisjonar eit menneske kan ha. Så lenge vi avgrensar dette til tidsspennet mellom fødsel og død, er det ikkje vanskeleg å argumentere for dette biletet på ein måte som kan få allmenn aksept. Men det blir meir komplisert straks vi dreg biletet over til fosterlivet, eller ekstrapolerer til kroppen etter døden. Biletet gjev oss såleis ikkje svar på spørsmålet om når menneskeverdig liv startar eller sluttar.



Figur 1



Figur 2

Verdisett for medisinen i komande dagar

Det som er nemnd ovanfor leier oss i retning av nokre påstandar som kan tene som utsegner om sentrale verdsett for medisinen i tida som kjem. Til grunn for desse verdsett ligg tre føresetnader som ikkje vil bli drøfta her.

Den første føresetnaden er at det menneskelege livet har verdi i seg sjølv (12). Livet er såleis ikkje berre eit instrument for å oppnå og å oppleve andre verdiar, som til dømes lukke. Eit liv i sjukdom er ikkje eit uverdigg liv. Den andre føresetnaden er at eigenverdien til livet, uansett korleis dette livet er, ikkje er til hinder for å sjå på sjukdom som noko vondt som ein skal motarbeide (8).

Direkte ut frå desse to føresetnadene kan ein utleie at det er ei sentral norm for medisinen å hemje liding; men det er ikkje nødvendigvis ei norm for medisinen å fremje lukke. Dette kan vurderast som ei forlenging til vår tid av tradisjonell hippokratisk tenking, jf. formuleringa i den hippokratiske legeeiden om at legen skal vere til gagn for dei sjuke, og tradisjonsorda om at legen ein gong i mellom kan lækje, ofte lindre, men alltid trøyste. Den hippokratiske profesjonelle legerolla er tradisjonelt sett retta inn mot dei sjuke og deira vel. Legen er i denne tradisjonen ikkje sett inn i rolla som seremonimeister for fremjing av livslukke eller gjeve tenarskap ved formelle kulturelle riter.

Den tredje føresetnaden er at det er mogeleg å finne fram til samlande verdiar innanfor homogene sosiale system, og at medisinen er eit slikt homogent sosialt system. Denne føresetnaden er kanskje den det er mest grunn til å trekkje i tvil i vår tid.

Dei nemnde føresetnadene ligg også til grunn for stortingsmeldinga om verdiar for den norske helsetenesta. Desse føresetnadene er ikkje sjølvsegte og udiskutable. Det er difor noko underleg at stortingsmeldinga enno ikkje har vekt større debatt i faglege krinsar.

Dei følgjande påstandane kan gjerne nyttast som samlande overskrifter for dei ulike verdiane som blir tekne fram i stortingsmeldinga.

Menneskeverdet er ukrenkeleg

Medisinen skal gjennom verksemda si byggje opp under sjølvråderetten og styrkje romet for sjølvrealisering. Men dessutan må medisinen vere i stand til å verne om det svake og det sårbare i menneskelivet. Veikskap er ein fundamental menneskeleg eigenskap som fortener vern, sjølv om medisinen i mange høve har som mål å redusere veikskapen.

Utfordringane knytte til dette verdisetet er tallause. Korleis skal vi balansere vern om det svake mot omsyn til det sterke utan å bli gammaldags paternalistiske? Skal dei som vegrar seg for å ta i mot medisinske tilbod ikkje få tilgang til andre helsetenester? Skal ein kunne avvise hjelp til menneske som sjølv har gjort seg sjuke? Når byrjar det verdige menneskelivet; ved befruktinga eller etter kvart i fosterlivet?

Medisinen skal vere fagleg forsvarleg

Det andre verdisettet er knytt til medisinen som profesjonelt system. Korkje i administrative eller vitenskaplege skrifter om verdigrunnlaget for helsetenesta er dei verdiane som er knytte til dette settet særleg mykje problematiserte. Likevel er det grunn til å leggje merke til at det ikkje er sjølvstøtt at lækjepspraksis skal byggje på den vitenskaplege fagmedisinen. Historia viser oss at viktige røter for medisinen kan ein finne i folkelege lækjepspraksis og i diakonalt arbeid. Utfordringane frå dei alternative rørsleane ligg også framfor oss i store mengder.

Medisinen må for å vere fagleg forsvarleg framleis vere eit heilskapleg profesjonelt system som ikkje berre lever sitt eige liv, men står i eit forpliktande samspel med pasientane, samfunnet og andre fagområde (13). Føresetnaden for forsvarleg fleirfagleg og tverrfagleg arbeid må vere at dei ulike faglege aktørane er trygge i sitt eige fag.

Stortingsmeldinga om verdier for den norske helsetenesta seier at ein skal utvikle kunnskap bygd på fakta og tradisjon (5). Dette må tolkast slik at det skal vere rom for både biomedisinske og andre tilnærmingar ved kunnskapsutviklinga. Men meldinga føreset at kunnskapsutviklinga skjer systematisk og kritisk, altså med grunnlag i vitenskapleg tenking.

Det kritiske tilnærminga må sikre at den medisinske skråvissa ikkje blir større enn det ein har fagleg grunnlag for å hevde. Medisinen må i møte med samfunnet makte å formidle at forhold knytt til helse og sjukdom ofte er sannsynlegdomsvariablar. Medisinen er eit gigantisk stokastisk prosjekt; utøvarane av faget må ikkje lokke samfunnet til å tru noko anna.

Fordelinga av medisinske tenester må byggje på likeverd

Dette settet av verdier er nært knytt opp til den velferdspolitiske tradisjonen i dei nordiske landa og i Storbritannia. Ikkje alle ser på yting av helsetenester som eit solidarisk og offentleg styrt gode. Likeverd er noko anna enn likskap. Likskap handlar om å fordele likt, anten når det gjeld tenestemengd eller med omsyn på resultat. Likeverd er også noko anna enn rettferd. Rettferd kan lett tolkast som ein samstidsrelatert politisk variabel, utan til dømes nødvendigvis å leggje vekt på at verdet til ulike menneske er likt. Likeverd inneheld sjølvstøtt element frå likskaps- og rettferdsomgrepa, men i tillegg viser det til at ulike personar djupast sett har same verd.

Dette er eit vanskeleg verdisett også vurdert opp mot dei to føregåande. Det kan oppstå konflikthar der fordelingsverdier kjem i strid med faglege vurderingar og sjølvrealiseringsverdien. Slike konflikthar er gjerne reelle dilemma som ein ikkje kjem utanom anna enn ved å velje ut frå ei rangordning av ulike verdier. Dersom vi då skal støtte oss til den vestlege moraltradisjonen, vil pliktene overfor dei svakaste mellom oss måtte tene som tungtvegande prioriteringskriterium.

Det medisinske samfunnet må vere oppe for innsyn og vere føreseieleg

Dersom medisinen skal ha truverde i åra som kjem, kan ein ikkje unngå å organisere både kunnskapsutvikling og tenesteyting som system oppe for innsyn frå omverda. Dette gjeld forskning og utdanning. Men også dei ordningane ein har for å prioritere må framstå som føreseielege og opne.

Den heilskaplege legerolla

Dei samlande verdisetta for medisinen er problematiske og konfliktfylte. Det er ikkje lett å sjå at ein kan finne fram til løysingar på dilemma gjennom analytiske prosessar i det einskilde tilfellet. Difor treng vi ein omtale av legerolla der det kjem tydeleg fram kva som er sentrale verdiar i det medisinske arbeidet.

Integreringa av legerolla i den medisinske praktikaren føreset meir enn teoretisk etikkkunnskap. Det er nødvendig med eit forpliktande samspel med andre praktikarar. Arbeid med dydsetiske tilnærmingar syner kvifor ein må vere med i eit fellesskap om ein skal utvikle sjølvstendig vurderingsevne (14).

I utdanningsperspektiv kan meister-svenn-modellen tene som døme på eit verkemiddel i dette arbeidet. Nyare program for spesialistutdanning legg meir eller mindre eksplisitt til grunn at det finst ei samlande heilskapleg legerolle som er utgangspunktet for vidare spesialisering (15).

Det er ikkje sikkert at det alltid vil vere slik. Det er etter kvart ganske mange døme på at det som før var klåre legeoppgåver, no er overtekne av ”teknikarar” med meir spesifikk utdanning og røynsle. Utviklingsarbeidet innanfor medisinsk bruk av bioteknologi og ny genetisk kunnskap kan tene som døme på dette.

Om ein ser det som tenleg at pasienten i framtida også skal møte legen som den som planlegg og samordnar undersøking og behandling av den sjuke, må den heilskaplege legerolla dyrkast. Korleis dette dyrkingsarbeidet skal gjerast, er det vanskeleg å seie noko sikkert om. Det tykkjest likevel vere rimeleg å påstå at medisinen sjølv ikkje har grepet på utviklinga av dei metodane som er nødvendige.

Andre vitenskapar som til dømes sosialantropologi og litteraturvitskap, legg stor vekt på forteljingar som berarar av utsegner om verdiar og normer. Det er difor interessant å merke seg at det i alle fall innanfor medisinsk etikk tykkjest å vere ei aukande interesse for nettopp forteljingane som normative media (16).

Heilt konkret skulle dette tilseie at det er ei vesentleg oppgåve for dei medisinske leiarane (til dømes avdelingsoverlegane) ikkje berre å leggje til rette for at kasuistikkane om det som gjekk gale blir kritisk analyserte i lys av den ”kunnskapsbaserte” medisinen. Også dei forteljingane som seier oss noko om korleis den gode legen bør handle, må få vere ein naturleg del av det faglege fellesskapet.

LITTERATUR

1. Ringen S. Følelse og fornuft. Dagbladet 16.1.1999.
2. Concise Oxford Dictionary. 10. utg. Oxford: Oxford University Press, 2000.
3. Eriksen EO. Må vi være enige om verdier? Dagbladet 24.12.1998.
4. Brox O. Lokale verdifellesskap. Dagbladet 6.2.1999.
5. St.meld. nr. 26 (1999 – 2000). Om verdiar for den norske helsetenesta.
6. St.meld. nr. 50 (1993 – 94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.

7. Smith R. Medicine's core values. BMJ 1994; 309: 1247 – 8.
 8. Tranøy KE. Etikk som bevaringsverdig tradisjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2846 – 9.
 9. Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett.
 10. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.
 11. Rendtorff JD. Bioetik og ret. Kroppen mellom person og ting. København: Gyldendalske Boghandel Nordisk Forlag, 1999.
 12. Da Silva AB. Etikk i helsetjenesten. Stavanger: Misjonshøgskolens forlag, 2000.
 13. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. Lancet 2000; 356: 156 – 9.
 14. MacIntyre A. Dependent rational animals. London: Duckworth, 1999.
 15. Speciallægekommissionen. Fremtidens speciallæge. København: Sundhedsministeriet, 2000.
 16. Jones AH. Narrative in medical ethics. BMJ 1999; 318: 253 – 6.
-

Publisert: 10. desember 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.