
Ettertankens landskap

FORSIDEBILDET



Arnold Böcklin (1827 – 1901): Villa am Meer (1877). Olje på lerret. 108 · 156 cm. Staatsgalerie Stuttgart, 2000. Foto Øivind Larsen

Hvis jeg regner fra da jeg begynte å studere medisin, har jeg hatt min gange i medisinsk miljø i 45 år. I løpet av denne tiden er det mye som har forandret seg. Ett av de feltene som etter mitt skjønn er blitt annerledes, er medisinenes interesse for fagets filosofiske sider, herunder de etiske. Her har det vært en merkbar økning. I studietiden hørte vi knapt noe om dette, bortsett fra den porsjon ettertanke, legeskunst og god medisinsk atferd vi fikk med oss fra flinke lærere. Vi lærte av hva de sa og av hva vi så når vi observerte dem, og vi lærte følgelig også når vi observerte de mindre gode lærere.

I Oslo var det riktignok noen av studentene, kanskje især blant dem som soknet til Kristelig Medisinerkrets, som tok opp filosofiske og etiske spørsmål. De startet også tidsskriftet Inter Medicos, der slike emner ble drøftet, men det var fortsatt ingen allmenn interesse for feltet. Medisinhistorisk er dette et paradoks, ettersom medisinen helt fra antikken hadde vært i nær kontakt med filosofien, men nå hadde naturvitenskapen overtatt som ankerfeste.

Da jeg kom inn i forskningsvirksomhet litt ut i 1960-årene, var det heller ikke så mye snakk om andre sider ved forskningen enn de rent medisinske. Jeg var f.eks. selv med på screeningbaserte epidemiologiske prosjekter hvor protokollene nok måtte ha vært annerledes i dag. Ikke fordi det var noe galt eller uetisk med det som ble gjort den gangen, men fordi det er en del hensyn til personvern, informert samtykke etc. som man må legge mer vekt på nå.

Mitt eget fag, medisinsk historie, har i løpet av de siste 30 år i enkelte land, bl.a. ved flere universiteter i Tyskland, vendt interessen mot filosofi og etikk. I vårt land har vi fått bygd opp et eget fagmiljø for medisinsk etikk. Men også utenom dette arbeides det med medisinsk filosofi.

Hva er årsaken til denne utviklingen?

Det er for enkelt å vise til at det var erfaringene med det tredje rikets medisinske forskningsuhyrigheter som krevde klargjøring av kjøreregler for medisinsk arbeid. Det gikk flere tiår fra den annen verdenskrig var slutt til interessen for filosofi og etikk begynte å øke for alvor.

Det hører med til bildet at medisinske atferdsfag kom inn med full tyngde i 1970-årene, i Oslo til erstatning for en langt mindre omfattende undervisning i medisinsk psykologi. Kontakten mellom medisinen og befolkningens tanker og følelser kom nå langt bedre frem og ble bedre internalisert hos studentene, som en del av den medisin de var forventet å beherske.

Dette er imidlertid sannsynligvis heller ikke tilstrekkelig som bakteppe for å forstå hva som har skjedd. Da vi så sent som i 1979 lot den nordiske medisinhistoriske kongressen i Oslo ha Synet på sykdom som hovedtema, var det fortsatt tydelig at emnet var relativt nytt for mange, også blant kolleger som ifølge sakens natur stod slike spørsmål nærmere enn leger flest vanligvis gjorde. F.eks. var ennå klarleggingen av selve sykdomsbegrepet et sentralt tema både for filosofer og sosiologer.

I løpet av de siste 30 år har vi i tillegg også sett andre fag som tar opp medisinen innplassering i samfunn og kulturliv vokse frem, slike som medisinsk sosiologi og medisinsk geografi. Vi har fått økende interesse for f.eks. medisin og kunst, kultur og helse, naturopplevelse og helse. Kan hende er fellesnevneren for alt dette en grunnleggende erkjennelse av økende betydning: Det vi forstår med helse, er etter hvert blitt bare én verdi i livet. Ikke en selvfølgelig og udiskutabel verdi, men en verdi blant mange andre verdier. Da trengs det en overordnet orientering. Kanskje er det nettopp en slik systematisert, overordnet tenkning man føler behov for å skaffe til veie gjennom et fagområde som medisinsk filosofi?

Det kan så være, men likevel gjenstår atskillig for å kunne besvare hvorfor det er blitt slik.

En generelt økende interesse for enkeltindividets autonomi og tarv er én faktor. En annen kan være endringer i de medisinske behovene og i de medisinske oppgavene. Når det i forhold til tidligere er blitt flere komfort- og velværepregede spørsmål enn før i mange legers hverdag, er det betimelig med en grenseoppgang for medisinen.

Forskyvningen av gjennomsnittlig levealder opp mot grensene for biologisk forventet levetid, reiser også undertiden filosofiske og etiske spørsmål der svarene ligger utenfor medisinen.

Det er klart at nye medisinske muligheter også gir nye spørsmål av eksistensiell art, når man teknisk etter hvert blir i stand til å gripe inn i biologiske prosesser som tidligere lå utenfor rekkevidde.

Det er ingen tvil om at vi kan og vet atskillig mer enn for f.eks. 45 år siden. Dertil gjør informasjonsteknologien at kunnskap er lettere tilgjengelig. Det er ingen unnskyldning å ikke vite. Det er kritikkverdig hvis man ikke baserer sitt medisinske virke på tilgjengelig kunnskap. På den annen side kan kunnskapsbasert medisin også gi et tomrom, der man ikke finner gjenklang for egne refleksjoner, fantasi, nytenkning og ettertanke.

Det åpner seg med andre ord et nytt landskap for oss. Det omgir alle som arbeider innenfor medisinen. Sløret trekkes gradvis vekk fra et abstrakt ettertankens landskap der tanker og handlinger settes i relieff. Det er behovet for å vende blikket utover i dette landskapet som har meldt seg for fullt.

ØivindLarsen

Publisert: 30. mars 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

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