

Autoritær medisin før og nå

I dagens medisin foregår det autoritære maktmisbruket gjennom en form for maternalisme, der den gode hjelper definerer en gruppe nødstedte som hjelperen kommer til unnsetning.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Pasientrettighetsloven § 3.2 hjemler at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Jeg sendte for en tid tilbake kopi av de informasjonsbrosjyrene som brukes ved mammografi- og cervixcytologi-screening til Legeforeningens etiske råd med spørsmål om disse innfrir de krav som må stilles for at kvinner kan ta en beslutning basert på informert samtykke. Bakgrunnen var at Rådet for legeetikk høsten 2006 karakteriserte en invitasjon til et kommersielt screeningprogram som villedende og i strid med Legeforeningens etiske regler. Den innklagede fremholdt at også offentlige helsetjenestetilbud var markedsført med villedende og ikke fyllestgjørende informasjon.

Etter min oppfatning er den informasjon som kvinnene får om screening med mammografi og cervixcytologi gjennom disse brosjyrene, tendensiøs ved at den overestimerer effekten av helsetiltaket, nemlig ved å anføre den relative risikoreduksjon for død av brystkreft og livmorkreft og ikke den marginale absolutte effekten. Informasjonen er også mangelfull ved at den ikke omtaler den psykiske belastning for kvinner med et falskt positivt screeningresultat (1). Den kumulative raten falskt positive funn for mammografiundersøkelsene er minst 10% i løpet av ti år. At et helsetjenestetiltak markedsføres under overskriften «...kan redde liv!» må kunne karakteriseres som usaklig. Ingen av de nevnte screeningundersøkelser har vist effekt på total dødelighet. Jeg er ganske sikker på at leger og legekontorer som markedsførte seg på denne måten, ville fått påtale fra Rådet, fordi slike utsagn er demagogiske og gir den enkelte liten mulighet for valg på saklig grunnlag. Kvinnene får heller ingen informasjon om at en ikke ubetydelig andel av de diagnostiserte og opererte kreftpasientene i realiteten ikke har kreft.

Solidaritetsetik

Svaret fra Rådet for legeetikk er interessant: Rådet mener at ingen av påstandene som

fremkommer i informasjonsbrosjyrene om cervixcytologi og mammografiscreening er i konflikt med bestemmelsene om å ikke skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten. Rådet mener at programmene er bygd på bred faglig konsensus og politiske beslutninger. Det siste er korrekt. Likevel må Rådet kjenne til at effektestimaterne som undersøkelser om mammografiscreening forutsatte, senere er betvilt vitenskapelig (2). Cervixcytologiscreening har også vært omstridt i mange år (3).

Rådet uttaler også at informasjon som skal gis om helsetjenestetilbud, må være enkel og uten omfattende begrunnelser eller reservasjoner. Rådet ønsker å være tilbakeholdne med å uttale seg *mot* et helsetjenestetiltak som fører til at alle, uavhengig av sosial status, får samme helsetilbud, og mener at tidligere praksis med villscreening favoriserte ressurssterke kvinner, mens dagens tilbud ikke er avhengig av sosial status eller bosted. Rådet henviser her til solidaritetsetikken som en viktig begrunnelse for tiltaket.

Autoritetsmisbruk

Vårt ansvar for de svakeste er en viktig begrunnelse for bl.a. vaksinerings mot alvorlige barnesykdommer. Begrunnelsen har også en viss berettigelse ved cervixcytologiscreening, men har mindre relevans når det gjelder brystkreft. Min viktigste innvending mot ensidig å henvise til solidaritetsetikken, er at det representerer en fare for autoritær maktutøvelse.

Arne Garborg sammenliknet i sin tid legenes autoritetsmisbruk med pavemakt. Denne form for maktmisbruk er etisk diskreditert i vestlige samfunn og representerer en liten trussel mot human medisin. Paternalismen er død, men Moder Teresa i pervertert utgave har overtatt som representant for en autoritær medisin. I dagens medisin skjer det autoritære maktmisbruk gjennom en form for maternalisme: Den gode hjelper definerer en gruppe ofre og nødstedte som hjelperen kommer til unnsetning, i dette tilfellet de sosialt ressursvake

som tidligere ikke fikk ta del i (vill)screening. Slik blir hjelperen per definisjon god og trenger ikke dokumentere sin nytte eller være åpen om bivirkninger og skader av hjelpen. Michel Foucault kalte denne maktutøvelse for hyrdemakt (4). Undertrykkelsen i denne moderne utgaven er skjult og selvforsterkende ved at den er kamouflert som hjelp til lidende mennesker.

Også jeg mener at forebyggende helsearbeid må tufts på solidaritetshensyn, men i vår tid må man argumentere åpent for dette hensynet, slik at befolkningen kan ta stilling til dets relevans. Uten en slik åpenhet, der ulike hensyn kan veies mot hverandre i en respektfull dialog, vil solidariteten råtne på rot og perverteres. Vi vil få et helsevesen uten begrensninger som sluker grenseløse ressurser bare ved henvisning til gode intensjoner.

Vi er kommet et godt stykke på vei i en slik utvikling. Hvis vi skal ha en sjanse til å motvirke den, kreves en helt annen åpenhet om fordeler og ulemper med helsetjenestetiltak. Pasienter, publikum, helsetjenesteplanleggere og politikere må trekkes med i en dialog hvor det gjøres legitimt å si: Nei, takk! Dypest sett handler det om å gjenopprette en respektfull dialog i samfunnet der det stilles krav til alle om å ta del som moralske aktører (5).

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
5020 Bergen

Litteratur

1. Brodersen J. Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results – breast cancer as an example. København: Københavns Universitet, 2006.
2. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. I: Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4, 2006. CD001877.
3. Skrabanek P, McCormick J. Follies and fallacies in medicine. Buffalo, NY: Prometheus Books, 1990.
4. Foucault M. Forelesninger om regjering og styringskunst. Oslo: Cappelen Akademisk, 2002.
5. Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: W.W. Norton, 2003.

Manuskriptet ble mottatt 19.6. 2007 og godkjent 14.8. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.