

# Sykdommens Etikk – en fortsettelse

Bjørn Hofmann<sup>1 2</sup>  
Torsten Risør<sup>3 4</sup>

---

<sup>1</sup> Universitetet i Oslo

*b.m.hofmann@medisin.uio.no*

<sup>2</sup> Norges Teknisk-Naturvitenskapelig Universitet, NTNU

*bjoern.hofmann@ntnu.no*

<sup>3</sup> Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

<sup>4</sup> Det Helsevitenskapelige Fakultet på UiT Norges arktiske universitet

*torsten.risor@uit.no*

Hofmann, Bjørn & Risør, Torsten. 2022. Sykdommens Etikk – en fortsetteslse.

*Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 37, 7-18

Velkommen til dette temanummeret om Sykdommens Etikk; det andre nummeret med denne tittelen og en direkte fortsettelse av første nummeret som kom ut våren 2022. På de følgende sider fortsetter vi undersøkelsen av det feltet og den problemstillingen som ble satt opp i det første temanummeret. Denne teksten blir derved en fortsettelse i tillegg til å være en introduksjon. Det gjelder også i høy grad for artiklene – av Lau & Møllebæk, Thoresen & Rugseth, og Andersen & Ofersén – som kan sees som en fordypelse i en del av det større landskapet som ble skissert i det forrige nummeret.

Det er den samme generelle problemstillingen som undersøkes: Etikk på medisinsens område, og i helsesystemer generelt, blir ofte redusert til å være et vedheng, noe ekstra; punktvis tilleggspolmer som kaller på pliktetiske, nytteetiske eller prinsippetiske overveielser, men som prinsipielt er adskilt fra de medisinske begrunnelser og beslutninger. Eller som en glasur på kaken når medisinen skal presenteres for omverden som noe godt og vakkert. Men en slik innramning av 'medisinsk etikk' mangler oppmerksomhet på etikk som noe alltid

nærværende i klinisk praksis og i håndteringen av sykdom og lidelse i og utenfor klinikken. Etikk er – i denne litt oversette forståelsen – en kontinuerlig utøvelse og forming av normer og verdier, en iboende forhandling om moralske posisjoner og noe veldig praktisk og materielt med konkrete konsekvenser.

I Sykdommens Etikk 1 ble denne prinsipielle problematikken – usynligheten av etisk praksis som iboende i all praksis knyttet til helse og sykdom – beskrevet av Ahlzén (Ahlzén, 2022) og det ble beskrevet, hvordan den er forankret i formelle definisjoner av helse, som – skjønt intensjonene er gode – kan medvirke til å representere helse som et entydig fenomen; et perspektiv som ikke gir tilstrekkelig rom for menneskers forskjellighet i behov, ønsker og muligheter, og som derfor utilsiktet kan fremme sosial ulikhet i helse (Bærøe & Bringedal, 2022).

## Artiklene i dette nummer

Når helse blir et ikke-diskuterbart gode som Bærøe og Bringedal beskrev, så blir omsorg og behandling også imperativ og uimotsigelig (Bærøe & Bringedal, 2022). Patenter blir – uten at det sies høyt eller gjøres til gjenstand for refleksjon – moralsk forpliktet til at motta og delta i den behandling som ordineres. **Lau & Møllebæk** beskriver i deres artikkel i dette nummeret, hvordan dette utspiller seg i pasientens hverdag, der det å ta medikamenter blir en etisk ladet praksis. Inntaket av medikamenter utøver forståelsen av helse og fravær av sykdom som det udiskutable målet, og blir samtidig et mål for pasientens villighet til å etterleve dette idealet. Sykdom og behandling av sykdom flyttes gradvis fra helsevesenets domene og over i de private sfærer, hvor pasienter må bruke en stadig større del av deres tid og krefter på behandlingen og på å være gode pasienter. Selvsagt kan medisinsk behandling være effektiv og både symptomreducerende, livsforlengende og velværeøkende. Men det endrer ikke ved dens sosiale og eksistensielle bivirkninger, som gjør pasienten mere til pasient og mindre til et autonomt menneske.

Denne kolonisering av hverdagen kan være vanskelig å forholde seg kritisk til, fordi målet som sagt er mer helse og mindre sykdom. Fordi helse i stigende grad blir oppfattet og beskrevet som godt i sig selv eller likefrem verdinøytralt, så blir det naturlig å tenke at viten om helse og data om helse også er nøytralt og bør være fritt tilgjengelig for å bedre helsen. Jønsson et al. viste i første del av Sykdommens Etikk at fri tilgjengelighet til helsedata også kan ha negative konsekvenser for pasienten og kan etterlate pasienten i ensomhet med ansvar for sig selv, men uten tilstrekkelig mulighet for at handle (Jønsson, Kristensen & Brodersen, 2022).

I dette nummer undersøker **Thoresen og Rugseth** et annet aspekt av denne åpenhets-problematikken for en gruppe mennesker i livets slutfase på hospice, som settes for den mest ekstreme form for åpenhet gjennom å bli deltagere – mere eller mindre ufrivillig – i et TV-program.

Presentert på denne litt forenklede måten, så kan man lett tenke at det bør være mulig å ha et mer nyansert perspektiv på sykdom og helse som etisk praksis, og flere av artiklene i forrige temanummer foreslår da også mulige løsninger. Bærøe og Bringedal peker på en mer inkluderende, mer kompleks men også mer dynamisk forståelse av sykdom, som nettopp løfter de etiske aspektene tydeligere frem (Bærøe & Bringedal, 2022). Hansen et al. foreslo med deres undersøkelse av begrepet relasjonskompetanse muligheter for at gjøre det etiske mere synlig i det relasjonelle rom mellom pasient og behandler (Hansen et al., 2022). Når det imidlertid ikke er så lett å skape denne mer refleksive og mer etisk oppmerksomme tilnærmingen, så er det fordi pasienter og deres behandlere befinner seg i en virkelighet som ganske kraftfullt instruerer deres atferd og tenkning. *Andersen og Offeren* beskriver i dette nummers siste artikkel, hvordan det å kunne klare at bo alene er et så sterkt moralsk krav i våre samfunn, at det blir vanskelig å gjøre noe annet enn å akseptere det. Det er mulig at få øye på pasienters autonomi og mostand mot isolasjon, som det fint vises i artikkelen, men det er nettopp fordi normen er aksept, at motstanden blir synlig.

Felles for de tre artiklene er, at de menneskene som beskrives i dem alle er i siste del av livet, de er alle i stor grad avskåret fra sine tidligere sosiale liv på grunn av deres sykdom, og de er alle avhengige av hjelp fra det offentlige helsevesenet. Disse felles kjennetegn gjør det ekstra synlig at det er forventninger til disse menneskene, som rekker utover behandling som noe nøytralt. De forventes å utvise – og likefrem utvikle – en kompetanse til aksept; en villighet til å motta eksterne tjenester og behandling uten å gjøre mostand, og en villighet til å utvise mindre autonomi og mindre individuell variasjon i sine møter med omsorgspersoner. Her ser vi altså en risiko for en skyggeside av den nordiske velferdsmodellen, som tross sine helt åpenbare kvaliteter og sterke sosiale sikkerhetsnett, også kan ha negative konsekvenser.

## Sykdom og etikk – historiske bevegelser

Ved å løfte frem sykdomspraksisenes etikk synliggjøres ikke bare medisinen og helsetjenestenes etiske blindflekker, men det maner også til refleksjon over den

medisinske etikk. Det inviterer til engasjement i hverdagsdomener og grundig feltarbeid, samt analytisk bruk av de solide tradisjoner for etisk refleksjon som finnes i vår felles vitenskaps- og filosofihistorie. Hvorfor skjer ikke det i langt større grad enn det som er tilfelle? Vi vil i det følgende undersøke noen – mener vi – sentrale momenter i svaret på dette spørsmålet. Dermed forlater vi de konkrete artiklene som følger, men vil bruke dem til å reflektere over hvordan fag-etikken bedre kan favne praksisenes etikk og unngå å bli et appendiks til de helsefaglige praksiser eller pynt på festtalenes kaker. I stedet ønsker vi å åpne for etikk som en iboende praksis i alt arbeide med helse og sykdom, både i behandlernes arbeid og i pasientenes liv. Tendensen til å flytte sykdom - og ansvar for sykdom - ut i pasientenes hjem, inviterer til at etikken som fagdisiplin også må følge med og må interessere seg for sykdomsfenomeners etiske praksis, som den utspiller seg på mange og til dels nye arenaer. For å forstå hvorfor den medisinske fag-etikken ikke har fanget sykdomspraksisenes etikk – og for å se hvordan den i fremtiden bedre kan favne den, kan det være nyttig å se på hvordan den helsefaglige og medisinske etikken har utviklet seg de siste 100 år. Her er noen særtrekk:

- *Fra leger til fremmede*: Mens den medisinske etikken tradisjonelt ble utøvd av leger, er den nå preget av etikere, jurister, sosiologer og antropologer. Som den medisinske historikeren David Rothman beskriver i sin bok *Strangers at the bedside* (Rothman, 2017) bidro "fremmedes" inntreden ved sengekanten til å endre medisinske beslutninger. Etiske, juridiske og organisatoriske perspektiver rykket inn i pasientrommet og endret det kliniske blikk (Foucault, 2012). Men de fremmede sitter ikke ved sengekanten og observerer eller former praksis – de er ikke "kliniske".

- *Fra klinikken til komiteer og auditorier*: På tross av økt oppmerksomhet og interesse for etikk i samfunnet generelt og en kraftig økning av empirisk etikk-forskning (Borry et al., 2005; Wangmo & Provoost, 2017; Wangmo et al., 2018), synes den medisinske etikken å ha blitt formalisert og å ha trukket seg tilbake i etikk-komiteer og auditorier. Der ser den saker og ikke mennesker.

- *Fra karaktertrekk og relasjoner til prinsipper*: Der den medisinske etikken tradisjonelt var opptatt av dydetiske idealer som "den gode lege, som handlet godt", og av lege-pasient-forholdet, har den i dag blitt mer basert på regler og prinsipper. Særlig har de medisinsk-etiske prinsippene respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet vært fremtredende (Ruyter et al., 2014; Magelssen, 2020). Begreper som solidaritet, integritet, kyndighet, klokskap og verdighet har tapt terreng. Det samme har relasjoner. Man har blitt opptatt av prinsipper og ikke praksiser.

- *Fra abstrakte teorier til prosedyrer*: Mens den medisinske etikk har vært dominert av anvendelse av moralfilosofiske teorier, slik som konsekvensialisme, pliktetikk (deontologi), og dydsetikk (Hoffmaster, 1994), har den blitt et fag som man må lære seg - et skjema som man skal følge – eller en verktøykasse som man kan bruke for å løse moralske dilemmaer slik man løser helsefaglige problemer. Etikken mangler en enhetlig teori (Baron, 2006), men ved å følge gitte prosedyrer (og prinsipper), hevdes det, kommer man frem til rett handling. Med dette har medisinsk etikk blitt mindre "personlig" og mer prosedural. Slik man tror at man har fått kontroll på den epistemiske usikkerhet, tenker man seg at man også har fjernet den etiske.

- *Fra teori til empiri*: Samtidig har "den empiriske vending" (Borry et al., 2005; Wangmo et al., 2018) brakt etikken bort fra idealiserte situasjoner, med tankeeksperimenter og konstruerte kasuistikker, og nærmere helsefaglige handlinger. Vi vet mer om vurderingen og håndteringen av moralske problemer i klinikken, men har ofte oversett kontekst og strukturelle føringer. Som artiklene i disse to numrene av Sygdom og Samfund illustrerer, så er det viktige og praktiske aspekter som fag-etikken ikke har fanget opp. Viktige moralske fenomener, betingelser og prosesser har blitt oversett. Her har samfunnsvitenskapene kommet med kritiske og viktige bidrag (Hoffmaster, 1994).

- *Fra overordnede spørsmål til tekniske løsninger*: Ved å sette søkelys på problemløsning av enkeltsaker er det en fare for at den medisinske etikken overser strukturelle og samfunnsmessige utfordringer. Eksempelvis har man blitt mer opptatt av om mennesker blir tilordnet riktig diagnose enn hva som gjør at noe blir kategorisert som sykdom – og hvordan den enkelte lever med og gjennom diagnosen. Eller tilsvarende at man er mer opptatt av hvorvidt spesifikke kriterier for samtykke er oppfylt enn hva som gjør at mennesker selv kan avgjøre spørsmål om sin egen helse – og hvilke forventninger og føringer som ligger i helsefaglige praksiser og institusjoner. Slik nærmer medisinsk etikk seg jusens subsumpsjonslogikk og blir mer teknisk.

## Etikken som medisin

Den medisinske etikken har altså beveget seg fra leger i klinikken til fremmede i auditorier og komiteer, fra etiske dygder til moralske prinsipper, og fra teorier til empiri og praktiske prosedyrer. Det er ingen tvil om at mye er vunnet ved denne utviklingen, men det skaper også blindflekker og er gjennom de skisserte historiske valg og fravalg i seg selv uttrykk for verdimessige vurderinger og en

etikk-praksis. De problemstillingene og perspektivene som kommer frem i artiklene i disse to numrene av *Sygdом og Samfund* utgjør derfor en etisk fordring for fagetikeren: både å favne etikken som utspilles, utøves og formes i ulike sykdomspraksiser og å finne egnede metoder for å gjøre det.

Utviklingen i etikken følger på mange måter medisinenes egen utvikling: Medisinen har blitt mer teknifisert, spesialisert, ensrettet, prosedyrebasert og sjekklisterorientert (Porter, 1999; Gawande, 2011). At den medisinske etikken følger den generelle utviklingen i medisin, er kanskje ikke overraskende, men det kan også bety, at den mister noe av sitt utfordrende refleksive potensial. Når man bruker det samme språket, den samme problemdefinisjonen og den samme fremgangsmåten som det området man analyserer og vurderer, mister etikken sitt kritiske perspektiv.

Dette betyr at samtidig som det er viktig at etikken forstår og gjør seg forstått i det feltet man arbeider, er det vesentlig at man beholder en kritisk distanse – og at man kommuniserer med omverdenen og målbærer dennes perspektiver, enten det er for de sårbare pasientene, for normer og verdier i samfunnet eller et globalt bærekraftsperspektiv. Det er temaer som berøres i ulike former i artiklene i dette og foregående temanummer. Hvordan kan vi så gå til dette utfordrende spenningsforholdet mellom en praksis mettet av moral og en fagetikk som er prosedural og teknifisert? En mulighet kan være å ta et teoretisk perspektiv på hva som står på spill.

## Fra praktisk fornuft til teknisk kunnskap (fra *fronesis* til *techne*)

Tradisjonelt har medisinen vært en laugsbasert profesjon der intern oppdragelse og disiplinering har vært en sentral del av profesjonsdannelsen (Aasland, 2001; Light, 2003) og et viktig grunnlag for samfunnskontrakten. En faglig fundert og oppøvet praktisk fornuft har styrt så vel fag som etikk (Pellegrino & Thomasma, 1981; Pellegrino & Thomasma, 1993). Målet har vært å bli så dyktig (dugelig) at man handler på en klok måte i konkrete situasjoner. Dette kan spores tilbake til en av de aristoteliske intellektuelle dygder, *fronesis* (praktisk visdom) (Pellegrino & Thomasma, 1981; Pellegrino & Thomasma, 1993; Hofman, 2002).

Idealet for dagens teknologisk avanserte medisin kan sies å ha beveget seg fra *fronesis* til *techne*, som er en annen av Aristoteles' intellektuelle dygder. *Techne*

er kunnskap om hvordan man bruker gitte midler til å oppnå et mål ("*hvordan-kunnskap*") (Hofmann, 2003). Den er også relatert til kunst, og Hippokrates insisterte nettopp på at medisinen var en "*kunst*" i boken ved navn Peri techne (Om legekunsten) (Delkeskamp-Hayes & Cutter, 1993; Hofmann, 2003).

Samtidig er techne opphavet til ordet teknologi (techne + logos), noe som gjenspeiles i teknologiens formålsrettethet (Hofmann, 2002). Nettopp ved at medisinen i så stor grad har tatt i bruk avansert teknologi, har den blitt mer orientert mot å løse konkrete problemer med folks helse. Mens vi daglig kan høste fruktene av denne formålsrasjonaliteten, står vi også i fare for å miste noe av den praktiske klokskapen. Fordi vi kan ta en rekke tester, som kan gi viktig informasjon, tenker vi mindre på om de får noen følger for oppfølgingen av pasienten (Hofmann, 2014; Bunnik & Vernooij, 2016; Hofmann, 2016; Hofmann, 2018). Fordi det er mulig å behandle, så behandler vi (Hofmann, 2002). Eksempelvis fraktes personer flere hundre km tre ganger i uken fra norske sykehjem til dialysebehandling på sykehus uten å bli spurt om hva de ønsker.

Om endringen fra *fronesis* til *techne* også gjør seg gjeldende i etikken ved at etikken som fag blir mer formålsrettet og problemløsningsorientert, da mister den medisinske etikken noe av sitt kritiske potensial. Når etikken blir opptatt av at grupper og enkeltpersoner får de rette diagnosene, står faget i fare for å overse diagnosenes makt og betydning for samfunnets verdier og den enkeltes hverdagsliv. Når man utvider sykdomsbegrepet for å hjelpe flere mennesker, står man i fare for å undergrave sykdomsbegrepets moralske imperativ og medisinske etiske grunnlag (Hofmann, 2019). Når det man skal hjelpe folk med er mindre knyttet til smerte, plager, funksjonstap og lidelse, svekkes også den moralske plikt til å hjelpe. Vi synes å ha en svakere plikt for å fremme menneskers velvære enn til å unngå eller behandle deres lidelse (Tranøy, 1967; Popper, 2012).

Etikken møter også en annen utfordring i en mer techne-orientert medisin. Det er en fare for at problemene som skal løses, ensidig identifiseres som faglige (og ikke moralske) problemer. Ved at de beskrives, utsondres og håndteres som faglige anliggender gjennom det som har blitt kalt en "*faglig essensialisering*", så utdefineres de fra etikken (Agle Dahl et al., 2010). Dette henger forståelig sammen med at medisinen oppfattes som en langt mer effektiv problemløser enn etikken. Så selv om etikken har orientert seg mot praktisk problemløsning etter modell fra medisinen, har den ikke økt sitt virkefelt. Snarere tvert imot, det har lenge vært hevdet at etikken har blitt medisinske tilretteleggende hushjelp (accommodating handmaiden) (Callahan, 1996) (Loewy, 2002). På samme måte som medisinen har utsondret etikken, har etikken utsondret etikkens utøvelse i sykdomspraksiser.

Innflytelsen fra den tekniske formålsrasjonalitet, utdefineringen av moralske utfordringer gjennom faglig essensialisering og manglende problemløsningseffektivitet, reduserer den medisinske fagetikkens betydning for og makt til å velge hvilke problemer som er viktige. Å håndtere et problem er først å velge hva som skal være gjenstand for håndtering. Etikken har potensiale til å formulere problemer, ikke bare å foreslå muligheter for håndtering. Denne redusering av viktig problemformulerings-arbeid gjør det vanskeligere for etikken å undersøke og diskutere hvordan helsetjenesten generelt og medisinen spesielt endrer enkeltmenneskers livsmuligheter, deres dagligliv og samfunnets normer og verdier.

## Fra prognose til diagnose og tilbake igjen

Et annet viktig utviklingstrekk som får følger for medisinen og dens etikk, er søkelyset på diagnose. Fra antikken og fremover var diagnosens viktigste funksjon å kunne komme med en prognose. Hjelpemidlene var få og kostholdets, trenings og årelatingens effekt var avmålt. Den viktigste oppgaven var å forutse sykdommens gang og støtte pasienten gjennom forløpet.

Den teknologiske utvikling, der man kunne lytte til og se sykdommen direkte med stetoskop og røntgenmaskiner - ubesudlet av pasientens formidling av sine opplevelser - var en disruptiv endring som muliggjorde definisjon og deteksjon av sykdom på helt nye måter. Vi fikk en rekke klassifiseringssystemer av sykdom, slik som ICD of ICF (WHO), DSM (APA) og ICPC (WONCA). Antall klassifiserte sykdommer økte fra 2400 i Sauvages Nosologia methodica fra 1763 (De Sauvages 1768/1968) til 55000 koder i dagens ICD-11 (Hofmann, 2022). Hensikten var ikke lenger så mye å kunne prognostisere som å karakterisere og behandle. Den samme teknologien som gjorde det mulig å klassifisere og detektere, muliggjorde terapier som tidligere var utenkelige.

Diagnosene samordnet faglig språk og handlinger, fikk samfunnsregulerende funksjoner (for sykemeldinger og sykepenges) og styrte stadig større deler av samfunnsøkonomien (ved å dirigere store deler av statsbudsjettet). Diagnosene fikk faglig prestisje (Album, 1991; Album & Westin, 2008; Album et al., 2017) og identitetsfremmende funksjoner (Hofmann, 2003; Lie & Slagstad, 2018).

Den økte oppmerksomheten på diagnoser har hatt en rekke moralske følger (som den medisinske etikken bare delvis har klart å gripe an). Fordi diagnoser gir tilgang til tjenester og ytelser, lærer pasienter seg hva som skal til for å få dem. Le-



ger føler seg presset til å gi folk diagnoser for hjelpe dem (Toresdatter, 2017). Dette kan gi uheldige (og urettferdige) effekter (Hacking, 1995).

Et annet problem med økt fokus på diagnoser, er at de har økt kraftig i antall og har blitt løsrevet fra sykdom. Merkelapper settes på tilstander som ikke er knyttet til smerte, funksjonstap, plage eller lidelse (Lawrence, 2018; Hofmann, 2019). Klassifikasjonssystemene har inkludert "helserelaterte problemer" (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Dette har gitt utfordringer som overdiagnostikk (diagnostikk av tilstander som ikke ville ha plaget personen om den ikke var blitt oppdaget) og påfølgende overbehandling (Welch et al., 2011), men også medikalisering og stigmatisering (Sims et al., 2021).

Alt dette er temaer som den medisinske etikken bare i begrenset grad har evnet å gripe an. Hovedutfordringen er at fokuset på og endringen av diagnoser forandrer grunnlaget for medisinen moralske imperativ – fra manifest og erfart sykdom til velvære og fremtidig helse (Hofmann, 2022). I fremtiden kan dette forsterkes og endres. Kombinasjonen av stordata, kunstig intelligens, maskinlæring og persontilpasset presisjons-medisin gjør at den enkelte får skreddersydd oppfølging. Diagnosene kan miste sin grupperende og sosialt differensierende effekt. Samtidig kan en lang rekke biomarkører gjøre det mulig å finne indikatorer og prediktorer på fremtidig sykdom. Eksempelvis finnes det gode tester som med stor nøyaktighet kan forutsi kognitiv svikt og demens mange år frem i tid (Park et al., 2022). Denne utviklingen kan gjøre diagnoser mindre viktig, og igjen rette søkelyset mot prognose. Data fra våre velovervåkede liv kan analyseres på grunnlag av store mengder data fra andre mennesker og gi oss "sykdomsvarsel" eller "prognosemelding" som vi nå får værvarsel. Maskingenererte prognoser kan overta diagnosenes differensierende, regulerende og stigmatiserende roller.

Selvsagt kan økt prognostikk gi viktige bidrag til å sikre og forbedre helsen til individer og befolkninger, men det kan også gi noen utfordringer for enkeltmennesker i våre hverdagsliv, som den techne-drevne medisinen og dens etikk ikke er godt skodd for å håndtere. Vi – både etikkens og medisinen fagfolk - kan komme til å spørre "hvordan kan vi bruke den prognostiske medisinen på en best mulig måte (for enkeltindivider og samfunn)?" uten først å spørre om hvorvidt den faktisk vil redusere menneskers smerte, lidelse, funksjonsnedsettelse eller lidelse. Før helse-tjenesten tar i bruk den prognostiske teknologi og overtar ansvaret for dens funn og beslutninger, bør man stille seg spørsmålet om hvordan det endrer livet og sykdomspraksiser for enkeltmennesker, forholdet mellom person og profesjonell og samfunnets normer og verdier. Igjen: Vi må gjøre problemformulerings-arbeidet først, før vi går til problemløsning.

# Oppsummering

Artiklene i disse to temanumrene av *Sygdом og Samfund* viser hvordan sykdommens etikk utspiller seg i en rekke praksiser – praksiser som fagetikken ikke alltid fanger og favner. Vi har i denne innledningen forsøkt å vise hvorfor det er slik og hvorfor det er viktig at også fagetikken favner sykdommens etikk.

Vi vil avslutte vår undersøkelse av Sykdommens Etikk her. Vi – redaksjonen og forfatterne av de to temanumres artikler – har forsøkt å ta utgangspunkt i etikk som utøvelse av verdier i al- helsefaglig praksis; en utøvelse som formes av de verdisett som gjelder i samfunnet, her især de nordiske velferdsmodeller. Det er således klart, at det finnes viktige etiske momenter i våre helsesystemer som kaller på etisk undersøkelse. Vi håper med disse to temanumre å ha gitt næring til denne oppgaven; en oppgave som kaller på en tverrfaglig tilgang, kanskje særlig ut over det tradisjonelle skillet mellom antropologenes etnografiske feltarbeid og filosoferes analytiske abstraksjoner. Heri ligger en spennende felles faglig utfordring og mulig utvikling.

## Referanser

- Agledahl, K. M., et al. (2010). "Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice." *Medicine, Health Care and Philosophy* 13(2): 107-113.
- Ahlzén, R. (2022). "Den kliniska etikens dimensioner - en översikt." *Tidsskrift for Forskning i Sygdом og Samfund* 19(36): 17-26.
- Album, D. (1991). "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje." *Tidsskr Nor Laegeforen* 111: 2127 – 2133.
- Album, D., et al. (2017). "Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century." *Soc Sci Med* 180(1): 45-51.
- Album, D. & S. Westin (2008). "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students." *Soc Sci Med* 66(1): 182-188.
- Baron, J. (2006). *Against bioethics*, MIT Press Cambridge.
- Borry, P., et al. (2005). "The birth of the empirical turn in bioethics." *Bioethics* 19(1): 49-71.
- Bunnik, E. M. & M. W. Vernooij (2016). "Incidental findings in population imaging revisited." *European Journal of Epidemiology* 31(1): 1-4.
- Bærøe, K. & B. Bringedal (2022). "Social inequalities in health: The need for a new concept of health." *Tidsskrift for Forskning i Sygdом og Samfund* 19(36): 27-38.
- Callahan, D. (1996). "Bioethics, our crowd, and ideology." *Hastings Center Report* 26(6).
- De Sauvages, F. (1768/1968). *Nosologia methodica sistens morborum classes*. Amsterdam, Fratrum de Tourneis.
- Delkeskamp-Hayes, C. & M. A. G. Cutter (1993). *Science, technology, and the art of medicine: European-American dialogues*, Springer Science & Business Media.

- Foucault, M. (2012). *The birth of the clinic*. New York, Routledge.
- Gawande, A. (2011). "The checklist manifesto: How to get things right." *Journal of Nursing Regulation* 1(4): 64.
- Hacking, I. (1995). "The looping effects of human kinds."
- Hansen, C., et al. (2022). "Relationskompetence som etisk praksis." *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 19(36): 75-92.
- Hoffmaster, B. (1994). "The forms and limits of medical ethics." *Social Science & Medicine* 39(9): 1155-1164.
- Hofman, B. (2002). "Medicine as practical wisdom (phronesis)." *Poiesis & Praxis* 1(2): 135-149.
- Hofmann, B. (2002). "Is there a technological imperative in health care?" *Int J Technol Assess Health Care* 18(3): 675-689.
- Hofmann, B. (2002). *The technological invention of disease - on disease, technology and values*, University of Oslo.
- Hofmann, B. (2003). "Medicine as *téchnê*; a perspective from antiquity." *Journal of Medicine and Philosophy* 28(4): 403-425.
- Hofmann, B. (2003). "Sykdom som dannelselse - en studie av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*." *Tidsskrift for Den norske legeforening*(24): 3569-3572.
- Hofmann, B. (2014). "Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions." *European Journal of Epidemiology* 29(9): 599-604.
- Hofmann, B. (2016). "Incidental findings of uncertain significance: To know or not to know - that is not the question." *BMC Med Ethics* 17(13): 1-9.
- Hofmann, B. (2018). "Looking for trouble? Diagnostics expanding disease and producing patients." *J Eval Clin Pract* 24(5): 978-982.
- Hofmann, B. (2019). "Expanding disease and undermining the ethos of medicine." *Eur J Epidemiol* 34(7): 613-619.
- Hofmann, B. (2022). "Too Much, Too Mild, Too Early: Diagnosing the Excessive Expansion of Diagnoses." *International Journal of General Medicine* 15: 6441-6450.
- Hofmann, B. M. (2019). "Expanding disease and undermining the ethos of medicine." *European Journal of Epidemiology (EJE)* 34: 613-619.
- Jønsson, A. B. R., Kristensen, B. M. ., & Brodersen, J. B. (2022). Informationens ironi: Patienters frie adgang til sundhedsdata. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 19(36), 39–57. <https://doi.org/10.7146/ufss.v19i36.133049>
- Lawrence, C. (2018). *Democratic, divine and heroic: The history and historiography of surgery. Medical Theory, Surgical Practice*. C. Lawrence. London and New York, Routledge: 1-47.
- Lie, A. K. and K. Slagstad (2018). "Diagnosens makt [The power of diagnosis]." *Tidsskr Nor Laegeforen* 138(11).
- Light, D. (2003). "Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust." *Tidsskr Nor Laegeforen* 123: 1870-1873.
- Loewy, E. H. (2002). "Bioethics: Past, present, and an open future." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 11(4): 388-397.
- Magelssen, M. (2020). *Etikk i helsetjenesten*. Oslo, Gyldendal.
- Park, S. A., et al. (2022). "Promising Blood Biomarkers for Clinical Use in Alzheimer's Disease: A Focused Update." *Journal of Clinical Neurology (Seoul, Korea)* 18(4): 401.
- Pellegrino, E. D. & D. C. Thomasma (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Oxford, Oxford University Press.

- Pellegrino, E. D. & D. C. Thomasma (1993). *The virtues in medical practice*. New York, Oxford University Press.
- Popper, K. (2012). *The open society and its enemies*, Routledge.
- Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity (The Norton History of Science)*, WW Norton & Company.
- Rothman, D. J. (2017). *Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision making*, Routledge.
- Ruyter, K. W., et al. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*, Gyldendal akademisk Oslo.
- Sims, R., et al. (2021). "Consequences of a Diagnostic Label: A Systematic Scoping Review and Thematic Framework." *Frontiers in Public Health* 9(2111).
- Toresdatte, A. (2017). Vi er i ferd med å lage en ny gruppe psykiatriske pasienter. *Aftenposten*. Oslo, Norway.
- Tranøy, K. E. (1967). "Asymmetries in ethics: on the structure of a general theory of ethics." *Inquiry* 10(1-4): 351-372.
- Wangmo, T., et al. (2018). "An update on the "empirical turn" in bioethics: analysis of empirical research in nine bioethics journals." *BMC medical ethics* 19(1): 1-9.
- Wangmo, T. & V. Provoost (2017). "The use of empirical research in bioethics: a survey of researchers in twelve European countries." *BMC Med Ethics* 18(1): 79.
- Welch, H. G., et al. (2011). *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston, Mass., Beacon Press.
- Aasland, O. G. (2001). "The physician role in transition: is Hippocrates sick?" *Social Science & Medicine* 52(2): 171-173.