
Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt?

KRONIKK

OLAUG S. LIAN

Email: Olaug.Lian@ism.uit.no

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Etterspørselen etter helsetjenester øker raskt, langt raskere enn hva som synes mulig å tilby innenfor et offentlig finansiert helsevesen. Men etterspørsel er ikke nødvendigvis et uttrykk for legitime behov med krav på ytelser fra fellesskapet. Helsetjenestens utvikling aktualiserer en videre gjennomdrøfting av ”behov”. Hva er behov? Er det noe vi er født med eller noe vi skaper? Hvis ikke all etterspørsel bør forstås som behov, hvordan skal man skille ut de behov som er legitime, og hvem skal gjøre det? Naturvitenskapen, det teoretiske grunnlaget for moderne vestlig medisin, kan i liten grad bidra til å kaste lys over disse spørsmål. I denne artikkelen drøftes en alternativ teoretisk forståelsesramme, basert på sosiologisk teori. Det argumenteres for at behov bør forstås som samfunnsskap, ikke som naturgitt. Et perspektiv som vektlegger behovenes sosiale dimensjon, vil ikke bare bidra til økt forståelse av de mekanismene som har brakt samfunnet inn i en behovsspiral som spinner rundt i et stadig større tempo. Det vil også kunne bidra til å gi den enkelte lege økt forståelse av sin egen rolle i forhold til prioriteringsproblematikken.

Medisinsk kunnskap og teknologi er i rask utvikling i vår del av verden og gir medisinen stadig utvidede muligheter i forhold til både diagnostisering og behandling. Samtidig er den farmasøytiske industri mer pågående enn noensinne. Gjennom dens økonomisk motiverte markedsføring blir vi minnet om alle de småplager og sykdommer vi har eller står i fare for å få. Dernest blir vi lokket med effektive behandlingstilbud. Lykkes de, møter vi opp på legekantorene med sykdomsangst og reseptønsker. Der forventer vi at legen helbreder oss, preget som vi er av modernitetens tidsånd – troen på fremskrittet (1).

Et resultat av denne utviklingen er blant annet økt tilstrømming til helsevesenet. Etterspørselen etter helsetjenester øker langt raskere enn hva som synes mulig å tilby innenfor et offentlig finansiert helsevesen. Dette har ført til krav fra omgivelsene om økt effektivitet og strengere prioritering. For legeprofesjonen innebærer utviklingen blant annet at den enkelte lege plasseres i en situasjon hvor han eller hun er nødt til å foreta vanskelige avveininger av ulike pasienters behov, vurdere pasientens behov opp mot økonomiske hensyn, osv. I mange tilfeller må legen avvise pasienter, enten fordi det ikke finnes økonomiske og personellmessige ressurser til alle, eller fordi det ikke finnes effektive behandlingsmetoder for å kurere deres sykdommer. Legen, som sitter fast i ”et nærmest identitetsmessig forankret imperativ om å kunne og skulle hjelpe og helbrede” (2), opplever situasjonen som frustrerende.

Medisinens og helsetjenestens utvikling aktualiserer en videre gjennomdrøfting av ”behov”. Hva er behov? Er det noe vi er født med eller noe vi skaper? Er det slik at all etterspørsel etter helsetjenester bør forstås som legitime behov? Hvis ikke, hvordan skal man skille de som har legitime behov fra de som ikke har det? Og, ikke minst, *hvem* skal gjøre det? I det følgende drøftes disse spørsmål med utgangspunkt i sosiologisk teori. Gjennom å koble en teoretisk diskusjon av det sosiologiske behovsbegrepet til det tema Finn Henry Hansen i 1979 kalte helsevesenets kjempevekst og fordelingskrise (3), er målet å kaste lys over vekst- og fordelingsproblematikken i dagens helsevesen. Hensikten er ikke å komme med klare svar, men å antyde en fruktbar teoretisk forståelsesramme.

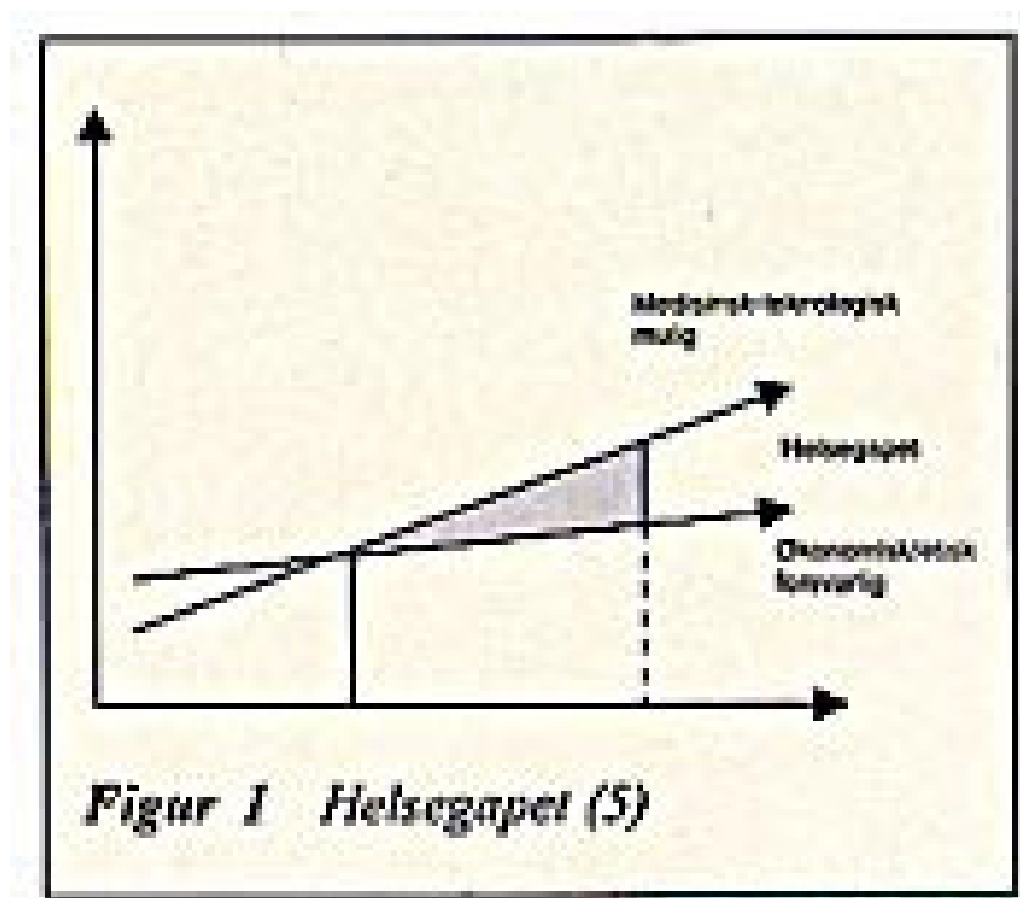
Behovsprinsippet

Et grunnleggende prinsipp i vårt offentlige helsevesen er at helsetjenestene skal fordeles med utgangspunkt i pasientenes behov. Prinsippet innebærer at tjenestene først og fremst skal være et tilbud ”til dem som trenger det mest” (4). På denne måten skiller de offentlige tjenestene seg fra de private, der betalingsevne og betalingsvilje er bestemmende for hvem som får og hvem som ikke får. Videre er behovsprinsippet nær knyttet til likhetsidealer, ettersom en fordeling basert på behov vil kunne bidra til større resultatlikhet i helse.

Behov er et generelt fordelingsprinsipp. Skal prinsippet være rettleidende i handlingsvalg, må det formuleres mer spesifikke kriterier. I Norge har slike kriterier vært gjenstand for politisk gjennomdrøfting, blant annet i forbindelse med de to prioriteringsutvalgene fra 1987 og 1997 (4, 5). Prosessen er foreløpig endt i forskrift om ventetidsgaranti (6). I § 8 defineres behov som kvalifiserer til behandlingsgaranti på følgende måte: ”Pasienten skal ha et klart påregnelig og betydelig tap av livslengde eller livskvalitet dersom behandling utsettes, dvs. vesentlig redusert levetid, vesentlig smerte eller lidelse store deler av døgnet, eller vesentlige problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner” (6). I tillegg skal behandlingen være både virksom og kostnadseffektiv. Hva som er klart påregnelig, hva som er vesentlig smerte og hvor lang vesentlig redusert levetid er, er det den enkelte lege som avgjør.

Vekst og fordelingskrise

Bakgrunnen for behovsdrøftingens aktualitet er det såkalte *helsegapet*, det vil si en antatt økende avstand mellom de behandlingsmuligheter medisinsk teknologi og kunnskap gir og det som ansees å være økonomisk og etisk forsvarlig (5, 7, 8) (fig 1).

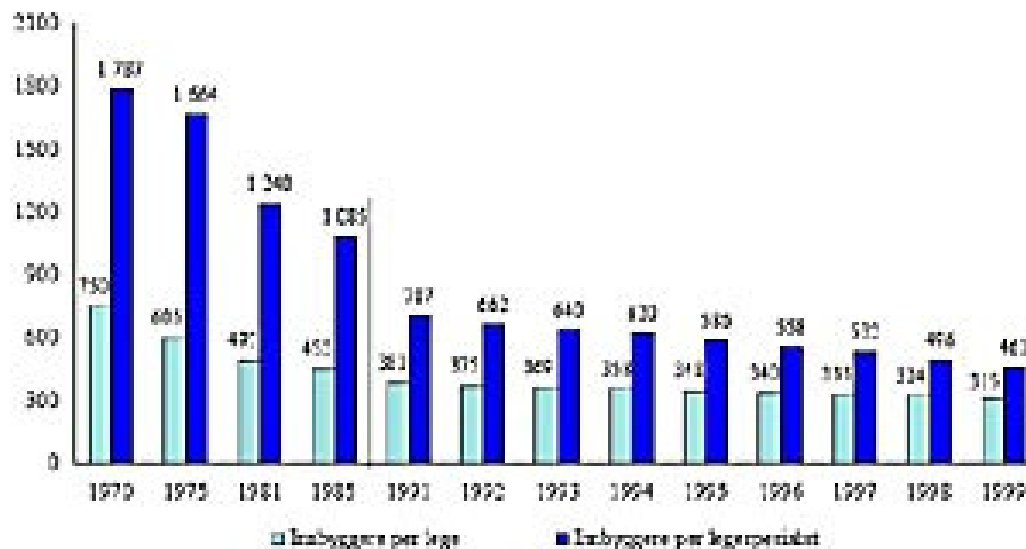


Figur 1 Helsegapet (5)

Dette har ført til at konfliktnivået rundt fordelingene har økt. Det strides både om *hva* som skal regnes som legitime behov, og om *hvem* som skal ha makt til å avgjøre dette (9 – 12). Pasientorganisasjoner, helseprofesjoner, politikere og forskere konkurrerer om å få oppslutning om sine synspunkter. Det er få tegn i tiden som tyder på at helsegapet vil minske i tiden som kommer.

Den antatte fordelingskrisen har oppstått til tross for at det har vært en jevn og høy vekst i offentlige helseutgifter og antall helsepersonell helt siden 1950-årene. Blant annet ble totale offentlige helseutgifter i Norge fordoblet fra 1970 til 1980, målt i faste priser (13). Utgiftskurvene er fortsatt stigende. Det er også stadig færre innbyggere per helsearbeider. For eksempel var det i 1999 halvparten så mange innbyggere per yrkesaktiv lege som i første halvdel av 1970-årene (fig 2). Til tross for at vi får stadig færre innbyggere per yrkesaktiv lege, er ikke helsekøene blitt borte. Sykehus og andre helseinstitusjoner mottar flere henvisninger om utredning og behandling enn de klarer å ta unna, og mange pasienter må vente for lenge på utredning og behandling. Dette skyldes delvis at nordmenn stadig oftere oppsøker helsevesenet. Forbruket av

primærlegetjenester antas å være fordoblet i perioden 1978 – 93 (14). Sykehusene hadde i 1998 rekordhøye aktivitetstall, med 687 000 innleggelser og nærmere tre millioner polikliniske konsultasjoner (15).



Figur 2 Antall innbyggere i Norge per yrkesaktive lege og legespesialist < 70 år ifølge tall fra Den norske lægeforening, 1970 – 99

Hva er det som har skapt det store gapet mellom den etterspørselen som uttrykkes og de tjenestene som tilbys? Og hva gjør vi når ikke alle kan få? For å kunne drøfte slike problemstillinger må man ha en teori om behov.

En sosiologisk forståelse av behov

Behov er et grunnleggende kjennetegn ved mennesket, både som biologisk og sosialt vesen. Derfor er menneskelige behov et tema for alle vitenskaper som omhandler menneskene. Noen av de spørsmålene som drøftes i den samfunnsvitenskapelige litteraturen er: Hva er behov? Hvor kommer behovene fra – følger de av menneskets natur, eller skapes de av det samfunnet vi lever i? Kan man skille mellom behov og ønsker? Hvordan skal man i så fall trekke grensen, og hvem skal gjøre det?

Ulike samfunnsvitenskapelige disipliner har ulike svar på disse spørsmålene. Som en hovedtendens kan man si at det innenfor psykologien ofte legges vekt på behovenes medfødte, statiske, objektive og målbare karakter. I sosialøkonomien blir behov betraktet som noe rent subjektivt (16), og det forutsettes at etterspørsel etter varer og tjenester automatisk indikerer menneskelige behov (eller preferanser, som det vanligvis benevnes). I et sosiologisk perspektiv derimot blir behov betraktet som sosiokulturelt skapt (med unntak av biologiske behov knyttet til ren overlevelse). Behov er altså det vi velger å definere som behov, slik det uttrykkes gjennom alminnelige felles oppfatninger. Sosiologen Gilbert Smith har formulert det slik: "Need is viewed as a socially constructed reality" (17). Denne behovsforståelse avspeiler fagets natur: Sosiologisme innebærer "den oppfatning at alt som er til syvende og sist er noe samfunnsmessig eller sosialt" (18).

Selv om sosiologien benekter den naturalistiske forståelsen av menneskelige behov som noe gitt, betyr det ikke at behov er et rent subjektivt fenomen, slik det oppfattes i sosialøkonomien. Sett i et sosiologisk perspektiv har behov en tosidig karakter, det vil si at behov både har en subjektiv og en objektiv komponent: Behov er skapt av objektive betingelser, men er likevel noe subjektet aktivt tilegner seg. Den klassiske sosiologiske forståelsen av behov har således brodd både mot det objektive psykologiske perspektivet og det subjektive økonomiske perspektivet.

I sosiologien så vel som i dagligtalen skiller vi mellom behov og ønsker. Det vil si at vi godt kan ha behov for noe vi ikke ønsker oss, og vi kan godt ønske oss noe vi ikke har behov for. For eksempel kan man si at et barn har behov for tran, selv om det ikke har noe ønske om å ta det. Og når vi ønsker oss nye gardiner til stuen til tross for at vi har fem brukbare sett liggende på loftet, ja da vil vi vel si at vi ønsker oss nye gardiner – ikke at vi trenger dem. Når vi går til gardinbutikken, kommer ønsket til uttrykk som etterspørsel etter en vare.

Dette viser at i sosiologien reserveres begrepet behov for noe som er litt mer objektivt enn våre rent subjektive ønsker, ettersom behovene er relatert til omforente normer (for eksempel at barn har behov for tran). Som en følge av dette godtar vi at en autoritet kan ha myndighet til å tilskrive behov uavhengig av subjektet selv, ja til og med i opposisjon til subjektets egne meninger, som i tilfellet med barn og tran. Et behov trenger altså ikke nødvendigvis være erkjent av individet som har det. Ønsker, derimot, er noe vi alltid erkjenner selv, det vil si noe intensjonalt. Felles for både ønsker og behov er at de ofte ikke er et mål i seg selv, men i stedet betraktes i forhold til utenforliggende formål (i tilfellet med tran, at barnet skal holde seg sunt og friskt). Verken ønsker eller behov er verdinøytrale, de har alltid referanse til verdiprioriteringer. Både ønsker og behov kan komme til uttrykk som etterspørsel etter en vare eller en tjeneste. All etterspørsel er uttrykk for et subjektivt ønske, men ikke nødvendigvis et legitimt behov. Som nevnt står denne oppfatning i strid med økonomiske teorier, hvor målestokken for vurderingen av behov alltid finnes i det enkelte individ: "The whole question of wants and needs is, from the standpoint of economic theory, closed" (19).

Émile Durkheim: Normløshet og umettelig streben

Behov var et eksplisitt tema særlig i sosiologiens klassiske fase, blant annet i Émile Durkheims selvmordsstudie fra 1897. Her drøfter han mulige samfunnsmessige årsaker til selvmord, deriblant anomi – det vil si normløshet (20). En utmerket illustrasjon på kjernen i hans behovsteori er følgende strofe fra Bob Dylans sang *You angel you* fra 1974: "If this is love, then give me more and more and more and more and more" (21).

Utgangspunktet for Durkheim er at alle levende vesener trenger et riktig forhold mellom behovene og mulighetene for å tilfredsstille dem. Hos dyrene finnes denne likevekten gjennom en automatisk tilpasning. Når behovene er tilfredsstilt, krever ikke dyrene mer. Menneskene derimot har evne til å overskride sine behov, ettersom de fleste menneskelige behov ikke er biologisk bestemt, men utvikles uavhengig av kroppens krav. Av dette følger det av menneskenaturen at mennesket ikke selv kan sette grenser for sine krav på en måte som gjør at behovene og behovstilfredsstillelsen automatisk kommer i likevekt. Følgelig er behovene ubegrensede, sier Durkheim. Dette betyr at dersom behovene våre ikke møter eksterne grenser, er vi dømt til en umettelig streben etter behovstilfredsstillelse: "if nothing external can restrain this capacity, it can only be a source of torment to itself" (20).

Skal vi unngå et hvileløst jag etter stadig nye behov, må behovene begrenses av noe utenfor individene selv. Dette noe er for Durkheim samfunnet og samfunnets normer. Samfunnsnormene regulerer våre ellers ubegrensede behov. Når samfunnet kommer i uorden, blir det ute av stand til å utøve denne begrensende virkningen på samfunnsmedlemmene. Det er da anomi eller normløshet oppstår. Anomi frembringes blant annet av økonomiske svingninger, både nedgangstider og oppgangstider. Med utgangspunkt i Durkheims teori forklarer Dag Østerberg kriser i forbindelse med økonomiske oppgangstider på følgende måte: ”Når menneskene med ett kommer i langt bedre økonomiske forhold enn tidligere, blir det nødvendig med nye levevaner, og da særlig forbruksvaner. Grensene for det mulige er blitt helt nye, og inntil man har lært dem å kjenne, kan det virke helt ubestemt hva som er mulig og hva som ikke er mulig, hva man har råd til og hva man ikke har råd til, hva man har mulighet til å erverve seg og hva det er umulig noensinne å bli eier av. Følgelig kan kravene bli uhorvelige, uten at noen eller noe setter en stopper for dem. Denne tilstanden er derfor utpreget anomisk. Alle og enhver er kommet inn i et hvileløst jag etter det uoppnåelige, fordi man ikke lenger makter å slå seg til ro med noe, å være tilfreds” (22).

Karl Marx: Konflikt og makt

Det sosiologiske perspektivet på menneskelige behov som samfunnsskapt kjennetegner også Marx’ forståelse av behov. I den marxistiske behovsteorien legges det særlig vekt på behovenes historiske karakter, det vil si at behov utvikles i en bestemt historisk og kulturell sammenheng. Behov, så vel som tilfredsstillelsen av behov, betraktes som produkt av historiske prosesser (23, 24). Marx understreket også den gjensidige vekselvirkningen mellom sosial utvikling og behov: Behovenes opprinnelse er sosial, på samme tid som de sosialt skapte behovene er med på å forme samfunnets utvikling.

Sentralt hos Marx står skillet mellom biologiske behov, som følger av menneskets natur, og sosiale behov, som er sosialt skapt (23). Det eneste medfødte behov er behovet for å overleve. Videre skiller han mellom sanne og innbilte behov, og mellom nødvendige behov og luksusbehov (24). Ettersom definisjonene er sosiale konstruksjoner, vil det som på ett tidspunkt blir definert som et luksusbehov, i en annen historisk epoke bli definert som nødvendig.

Til forskjell fra Durkheim anlegger Marx et konfliktteoretisk syn på samfunnet. Det vil si at for Marx eksisterer det en grunnleggende interessekonflikt mellom samfunnsskissene. Ettersom behov alltid er relatert til interesser eller verdier, betrakter han behov som knyttet til samfunnsskissene. Det er makt som avgjør hvem som får sine behov ivaretatt av samfunnet. Samfunnsbehov er i et marxistisk perspektiv behovene til den herskende klasse, kamuflert som alles behov.

Vekst uten grenser?

Durkheims teori anvendt på helsevesenets kjempevekst og fordelingskrise blir til følgende historie: Etter den annen verdenskrig har de fleste vestlige industriland hatt en jevn og høy økonomisk vekst som har muliggjort både en kraftig utbygging av offentlige velferdsordninger og utviklingen av medisinsk kunnskap og teknologi. Den nye kunnskapen og den nye teknologien gir medisinen stadig utvidede muligheter i forhold til både diagnostisering og behandling. For eksempel gjør gen- og

bioteknologien det mulig å oppdage hvilke mennesker som er *disponert* for å få bestemte sykdommer i fremtiden. Dette åpner dermed et hav av muligheter for å legitimere medisinsk intervensjon hos friske mennesker (25). Teknologien har en imperativ karakter: Den gir muligheter man ikke kan avvise. Både kunnskapen og teknologien bærer i seg et krav om at den bør tas i bruk når den først er der. Således er den normativ.

Gjennom å påvirke vårt syn på hva som er sykdom og hva som bør være gjenstand for profesjonell håndtering, skaper medisinsk kunnskap og teknologi nye behov. Helseprofesjonene er sentrale aktører i denne prosessen, ettersom de har både interesse av – og mulighet til – å generere sin egen etterspørsel (3). Resultatet er at helsebegrepet i dag defineres svært vidt i vår del av verden. Det har ført til at sosiale problemer og småplager i økende grad blir definert som sykdom, og at en stadig større del av folks liv defineres som relevant for medisinsk intervensjon. Dette har igjen ført til en utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi. Ifølge Durkheims teori skyldes altså denne medikalisering (26) av samfunnet at de fleste menneskelige behov utvikles uavhengig av kroppens krav, og at disse krav vokser over alle grenser i perioder med økonomisk vekst.

Hvis vi supplerer historien med Marx' dialektiske perspektiv, kan vi tilføye at det ikke er slik at individene bare er passive mottakere av behov som tvinges på dem utenfra av en usynlig kraft de ikke kan styre. Det er alltid individer som fortolker mulighetene, og det er individer som aktivt tilegner seg behov ut fra de muligheter vi tilbys av våre omgivelser. Mulighetene blir til individuelle behov bare såfremt de treffer noe i de individuelle samfunnsmedlemmene. Dette betyr ikke at ansvaret for utviklingen skal plasseres hos enkeltindivider, til det er fenomenet for allment. Det er samspillet og den gjensidige påvirkningen mellom individ og samfunn som skaper en behovsspiral som i dag spinner rundt og rundt i et stadig større tempo.

Det marxistiske makt- og klasseperspektivet kan også anvendes på helsearbeidernes rolle i forhold til den stadig økende etterspørselen etter helsetjenester. Helsearbeiderne tilhører profesjoner som i kraft av sine kunnskaper og posisjoner har makt til å definere hva som skal regnes som legitime behov. Dermed har de mulighet til å påvirke etterspørselen i begge retninger. På kort sikt kan den enkelte helsearbeider ha egeninteresse av å øke etterspørselen: Det kan bidra til å øke lønnen, gi økt valgfrihet i forhold til arbeidssted og arbeidsoppgaver m.m. Hvis man vil forsøke å forklare helsegapet, kan man neppe se bort fra denne faktoren.

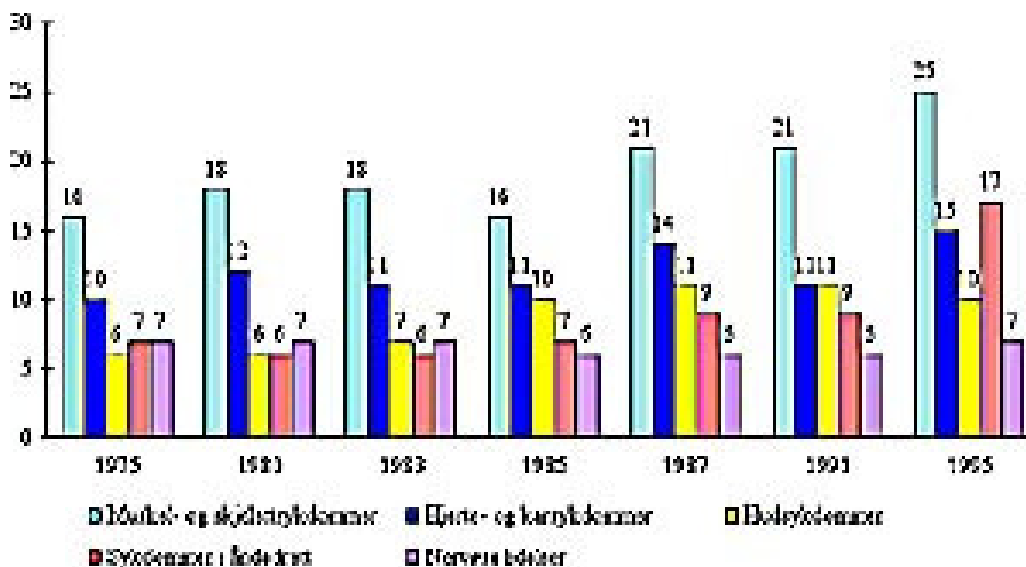
Implikasjoner

Hva er implikasjonene av denne situasjonsbeskrivelsen? Jo, for det første at behovsveksten må begrenses av noe utenfor det enkelte individ. For Durkheim vil det si at vi må ta utgangspunkt i normer som samfunnsmedlemmene deler, og ut fra disse definere hva som er legitime behov og hva som ikke er det. Og så må samfunnet på en eller annen måte formidle til fellesskapet hvem som kan forvente å få hjelp fra det offentlige, og hvem som ikke kan det. Dette arbeidet har i Norge fått en god start gjennom de to prioriteringsutvalgene (4, 5).

En av svakhetene ved denne beskrivelsen er den forutsetningen om konsensus som ligger innbakt i resonnementet. Enn om det er slik at ulike grupper i samfunnet har forskjellige normsett, slik Marx hevder? Hvem er det i så fall som vinner frem med sine synspunkter på hva som er legitime behov og som dermed har krav på ytelser fra

fellesskapet? Ifølge Marx er det makt som er avgjørende for hvilke grupper eller samfunnslag som får sine behov definert som legitime og dermed får dem dekket, og hvilke som ikke får det.

Den offentlige debatten viser klare tegn på uenighet i spørsmål som angår definisjoner av behov. Likeså er det mye som tyder på at ressursfordelingen i helsevesenet til dels styres av forskjeller i makt mer enn av forskjeller i behov. For eksempel har alle helseundersøkelser fra de siste 25 år som tar utgangspunkt i selvrapportert helse, vist at vår tids største folkeplage er lidelser knyttet til muskel- og skjelettsystemet (13) (fig 3). Mange av dem som har slike plager mottar trygdeytelser som sykepenger, attføring eller uføretrygd (27). Til tross for dette er disse pasientgruppene relativt lavt prioritert. Det kan delvis skyldes at dette er typiske kvinnelidelser, at lidelsene er knyttet til lavere sosiale lag (27), at deres pasientforeninger har lite penger og liten innflytelse og at lidelsene har lav status i det medisinske system (28), det behøver ikke nødvendigvis bety at disse pasientene har mindre behov for helsetjenester.



Figur 3 Andel av befolkningen med noen utvalgte sykdommer (selvrapporterte). Prosent. 1975 – 95 (15)

Uansett om man velger Durkheims konsensusperspektiv eller et marxistisk konfliktperspektiv, er konklusjonen den samme: Uten normer som regulerer behovene for medisinsk ekspertise og teknologi, vil menneskene lett komme inn i et hvileløst jag etter det uoppnåelige. Nettopp dette synes å være tilfellet i dagens vestlige samfunn. Grensene for det mulige er flyttet, men vi har ikke tilpasset oss den nye situasjonen ennå. Fraværet av normer gjør at vi i dag har en alles kamp mot alle i konkurransen om ressursene. Resultatet er, eller kan lett bli, at fordelingen styres av forskjeller i makt og ikke etter behov.

Det finnes ingen enkel kur mot samfunnets anomiske tilstand, ettersom normer oppstår spontant og av seg selv i menneskelig samhandling. Statens viktigste rolle bør derfor være å sørge for institusjonelle rammeverk som setter samfunnet i stand til å håndtere situasjonen. Dette vil gjelde organiseringen av samfunnet generelt så vel som innad i helsevesenet. Organiseringen av helsetjenesten er likevel av særlig betydning, ettersom dette er en institusjon som har en viktig normdannende og normbærende funksjon i det moderne samfunn (29).

Når det gjelder styring og organisering av helsevesenet, bør man lage et rammeverk som fremmer medisinsk-faglig og etisk tenkning hos helsearbeiderne, i stedet for en økonomisk rasjonalitet. Systemer som gjør pasientbehandling økonomisk lønnsomt (enten for institusjonen eller for den enkelte helsearbeider), innebærer en dreining bort fra behovslogikken (29), i tillegg til at de også gir incentiver til å øke befolkningens behov. En del av etterspørselen etter helsetjenester utløses i dag av ”falske” eller ”innbilte” behov, skapt av en markedsføring som er økonomisk motivert. Den raskt voksende kosmetiske kirurgien er bare ett av mange eksempler på dette. Noe av veksten kan også skyldes en overkapasitet av leger i sentrale strøk av landet, noe som kan ha bidratt til å senke terskelen for hva som bør behandles (30). Vil man unnsnippe behovsdrivende krefter av denne art, innebærer det at man bør unngå økt privatisering av helsetjenester, se kritisk på bruken av konkurranse og økonomiske incentiver innenfor offentlige tjenester samt sikre en mest mulig geografisk lik fordeling av helsepersonell.

Sammenfatning

Moderne vestlig medisin er basert på naturvitenskapelig tenkning. Leger lærer realistspråket. ”Begrepene læres som om de var allmenngyldige og entydige, som om de var uavhengig av tiden, forståelsen og brukeren” (31). I denne artikkelen har jeg argumentert for en sosiologisk forståelse av behov. Til grunn for dette perspektivet ligger følgende antakelser: Behov er samfunnsskapt, det vil si sosiale konstruksjoner skapt av bestemte kulturelle og historiske utviklingstrekk, ikke noe vi har fra fødselen av (med unntak av biologiske behov som er knyttet til ren overlevelse). Behov er således sammensatt av både subjektive, sosiale og objektive komponenter. For at et behov skal bli definert som legitimt, kreves det en begrunnelse i forhold til samfunnsnormer som er allment aksepterte.

Fordi etterspørselen etter helsetjenester sannsynligvis i overskuelig fremtid kommer til å overskride det fellesskapet har mulighet for å tilby, blir defineringen av behov både viktig og vanskelig. Det innebærer at vi så klart som mulig bør definere hva som skal regnes som legitime behov og hva som ikke skal gjøre det. Legene har en viktig rolle i dette arbeidet utover ren diagnostisering og behandling, de bør bidra til å avlive myten om at det finnes en biomedisinsk løsning på alle menneskelige problemer.

Artikkelen inngår som en del av et større prosjekt finansiert av Norges forskningsråd, program for helsetjenesteforskning.

LITTERATUR

1. von Wright GH. Myten om fremskrittet. Oslo: Cappelen, 1994.
2. Merok E. Det jeg som lege kan og vet En plakat til inspirasjon og beskyttelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4407 – 8.

3. Hansen FH. Helsesektoren i velferdsstaten. Kjempevekst og fordelingskrise. Tidsskrift for samfunnsforskning 1979; 20: 219 – 40.
4. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Sosialdepartementet, 1987: 73.
5. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997: 30.
6. Forskrift om ventetidsgaranti (I-0887 B). Fastsatt med hjemmel i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus § 12, 12. ledd. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
7. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
8. Maxwell RJ. Why rationing is on the agenda. British Med Bull 1995; 51: 761 – 8.
9. Rosenbaum S, Frankford DM, Moore B. Who should determine when health care is medically necessary? N Engl J Med 1999; 340: 229 – 32.
10. Klein R. Dimensions of rationing: who should do what? BMJ 1993; 307: 309 – 11.
11. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the National Health Service. Buckingham: Open University Press, 1996.
12. Lorentzen H. Når ikke alle kan få – om fordeling av knappe goder. Rapport 95: 13. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 1995.
13. Øverås S. Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1995.
14. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1489 – 92.
15. Rønningen L, Magnussen J. Sykehussektoren 1998. Fra rammefinansiering til ISF. Samdata sykehus rapport 3/99. Trondheim: SINTEF Unimed, 1999.
16. Holte FC. Sosialøkonomi. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
17. Smith G. Social need. London: Routledge & Kegan Paul, 1980: 68.
18. Østerberg D. Emile Durkheim. I: Thuen H, Vaage S, red. Oppdragelse til det moderne. Oslo: Universitetsforlaget, 1989: 17 – 45.
19. Coates K, Bodington S. Introduction. I: Heller A. The theory of need in Marx. New York: St. Martin's Press, 1976: 7 – 19.
20. Durkheim E. Suicide. A study in sociology. London: Routledge & Kegan Paul, 1897/1979: 247.
21. Dylan B. You angel you. Planet waves. Asylum, 1974.
22. Østerberg D. Emile Durkheims samfunnslære. Oslo: Pax, 1983: 93.
23. Marx K. Grundrisse. London: Pelican, 1973.

24. Marx K. Kapitalen. Bd. 1, bd. 2. Oslo: Oktober, 1867/1995.
25. Skolbekken JA. Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2673 – 6.
26. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Calder & Boyars, 1974.
27. Abusdal UG, Hagen KB, Bjørndal A. Selvrapporterte kroniske muskelsmerter blant kvinner i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1606 – 10.
28. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127 – 33.
29. Lian OS. Helsegodenes fordelingslogikk. I: Lian OS, red. Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
30. Marifjæren P. Advarer mot for høy legedekning. Bergens Tidende 3.9.1999.
31. Kirkengen AL. Kan vi skifte fokus fra sykdom til helse? I: Kirkengen AL, Jørgensen J, red. Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Oslo: Tano, 1993: 16.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.