

Medikaliseringens firedobbelte makt

Michael 2025; 22: 12–16

doi: 10.56175/michael.12108

Finnes det grenser for medisinenes makt? Ja, hevder kritikere. Man overskrider en grense når alminnelige aspekter ved livet gjøres til et medisinsk anliggende – når man medikaliserer. Denne utgaven av Michael inneholder en artikkel som viser hvordan kosmetisk medisin medikaliserer menneskers utseende ved å definere nye diagnostiske kategorier. Ved å avsløre medikaliseringens mekanismer reiser den spørsmål om medisinenes grenser og makt. Gjennom medikalisering får medisinen definisjonsmakt over hva som er virkelig og viktig, den får kunnskapsmakt og handlingsmakt. Hvordan skal medisinen forvalte og begrense sin makt? Det handler om fagets essens og etos.

Ingebjørg Rikhardsen & Henrik Vogt publiserer i denne utgaven av *Michael* en nyskapende og spennende artikkel (1). De viser hvordan kosmetisk medisin innfører nye diagnostiske kategorier og derved utvider sitt virkefelt ved å medikalisere utseende. Alminnelige utseendemessige kjennetegn blir omtalt i diagnoselignende termer og gjort til gjenstand for medisinske kategorier og intervensjoner.

Medikaliseringens kritikk

Medikalisering oppsto som et begrep for å kritisere moderne medisin på 1960- og 1970-tallet og knyttes særlig til forfattere som Ivan Illich (1926–2002), Irvin Kenneth Zola (1935–1994), Michel Foucault (1926–1984), Ronald D. Laing (1927–1989), Thomas Szasz (1920–2012) og andre (2–3).

Faglitteraturen er rik på eksempler på alminnelige menneskelige fenomener som er blitt medikalisert; som sjenanse, sorg, tristhet, kjærlighet, avhengighet, død, fattigdom, aldring, graviditet, overgangsalder, fødsel, spedbarnsernæring, seksuell funksjon, humør, (barns) atferd, kriminalitet og estetiske kjennetegn (3–4), for å nevne noen.

Kjernen i kritikken har ofte vært at dette er alminnelige tilstander, som verken individ eller samfunn er tjent med at underlegges medisins makt. Men hva er medikalisering?

Medikalisering er blitt definert på mange ulike måter. Tabell 1 gir noen eksempler på slike definisjoner og viser at mens noen definisjoner brukes for å avsløre maktforhold og underliggende medisinske rasjonalitetsformer, setter andre søkelyset på omdefinering av menneskelige problemer til medisinske anliggender.

Tabell 1. Eksempler på definisjoner av medikalisering

Definisjonstype (ut fra grunnleggende egenskaper)	Eksempler på definisjon
Dominans, autoritet (medisinsk imperialisme, sosial kontroll)	“the expansion of medical authority into the domains of everyday existence” (5). “extension of medical authority beyond a legitimate boundary” (6). Utvidet social kontroll: “On a practical level ‘medicalization’ refers to the phenomenon that (healthy) persons tend to adjust their life and life-style according to medical information, advice and procedures” (7). Se også (8).
Omdefinering av menneskelige problemer til medisinske problemer	“‘Medicalization’ describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders” (9). “Medicalization describes a process by which human problems come to be defined and treated as medical problems” (10). “Medicalization occurs when human problems or experiences become defined as medical problems, usually in terms of illnesses, diseases, or syndromes” (11). Using medical terms for “normal life:” “terms such as ‘health’, ‘(un)healthy’, and ‘illness’ are used for ‘new’ areas: behaviour, properties, events and problems which used to be part of normal life” (7, 2).
Underliggende rasjonalitetsformer eller ideologier (kombinert med å omdefinere menneskelige problemer)	“Medicalization ... involves the application of a biomedical model that sees health as freedom from disease and is characterised by reductionism, individualism, and a bias toward the technological” (12).

I tråd med ulike perspektiver (og drivere) av medikalisering har det utviklet seg egne begreper, slik som farmakalisering (pharmaceuticalization), biomedikalisering og genetisering (3, 4). Medikaliseringsbegrepet har også blitt knyttet til menneskeforbedring (6, 13), slik Rikhardsen & Vogt (1) også er inne på.

Sykdomssalg

Rikhardsen & Vogt peker også på et annet viktig fenomen som er knyttet til medikalisering: sykdomssalg (disease mongering). Det tradisjonelle eksempelet er at et medisinsk-teknisk firma har en test eller at farmasøytisk industri har en behandling for et målbart fenomen, for eksempel testosteronnivå. De fremmer lavt testosteron (Low-T) som en sykdomsdiagnose som de selger tester og behandlinger for (14).

I offentlig dominerte helsetjenester har sykdomssalg blitt oppfattet som et mindre problem, men med et økende privat helsemarked, gjør det seg gjeldende i økende grad. Dette ser vi tydelig i private tannhelsetjenester der man «finner opp» tilstander, oppgaver og oppdrag (15).

Richardsen & Vogt avdekker hvordan helsepersonell kan tilby behandling for disse ved å definere diagnostiske kategorier. Som det står på en av nettsidene: «Et ansiktsløft (facelift) kan være løsningen for deg hvis du har slapp hud, dype rynker, trette øyne eller synkende kinn, eller du føler at aldriingsprosessen tar fra deg uttrykket i ansiktet.» (<https://cosmoclinic.no/>)

Det er ingen tvil om at det er etterspørsel etter ulike former for medikalisering, slik som kosmetisk kirurgi (3). Samtidig er det viktig å merke seg at etterspørselen er drevet av generelle (estetiske) normer i samfunnet, og at et tilbud bidrar til å forsterke disse normene. I tillegg kan medisinen være med på å fremme slike normer nettopp gjennom å etablere og spre diagnostiske kategorier, som Rikhardsen & Vogt har avdekket. Det kan selvsagt skje mer eller mindre fordekt: «Jeg ser du har litt X», og «Vi kan også hjelpe deg med Y».

En utfordring med medikalisering av allmenne eller sosiale fenomener er at sosiale problemer individualiseres (16). Når den enkelte underlegges medisinske kategorier, ansvarliggjøres den enkelte og samfunnet fritas for ansvar. Dersom barns manglende evne til å sitte stille på skolen gjøres til en diagnose, fritas skolen og politikerne fra ansvaret for å tilpasse skolen til elevene.

Det medikaliserte mennesket

Den britiske sosiologen Nicholas Rose hevder at medikalisering «har gjort oss til de menneskene vi er», på tre måter (6). For det første gjennom medisinsk stimulert infrastruktur og måter å organisere menneskelivet på. Vannforsyning, kloakksystemer, vaksinasjon osv. har gitt oss «medisinske livsformer». For det andre forklares et bredt spekter av sosiale fenomener og gis mening i medisinske termer. For det tredje har medisinsk ekspertise blitt utvidet til mange områder av livet, som død, sorg og reproduksjon (6). Vi forstår oss selv i økende grad i medisinske termer.

Som medisinsk forståtte individer blir medikalisering også en måte å øke fenomeners betydning på. Fenomener blir viktige dersom de kan for-

klares i medisinske termer. Med det har medikaliseringen endret funksjon fra å «gjøre noe til et medisinsk anliggende» til å «gjøre noe virkelig». I dag kan det hevdes at medikalisering like mye som å gjøre noe til et medisinsk anliggende, handler om å gi noe aksept og status ved å gjøre det medisinsk. Med det mister også medikaliseringsbegrepet noe av sin kritiske kraft (4). Å medikalisere noe endrer dets status gjennom å gjøre det virkelig og viktig.

Det er nettopp dette som gjør Rikhardsen & Vogts artikkel så interessant, fordi den viser viktige elementer av denne prosessen – hvordan det å sette diagnostiske kategorier på alminnelige (utseendemessige) fenomener – bidrar til å gjøre fenomener som «fettansamling på hals» og «trette øyne» til virkelige fenomener, som fortjener oppmerksomhet, og som medisinen kan avhjelpe.

Firedobbel makt

Med dette gir medikalisering medisinen firedobbel makt: Medisinen får definisjonsmakt både over hva som er virkelig, og hva som er viktig (*ontologisk* og *normativ* makt). Dernest får den *kunnskapsmakt* gjennom å produsere kunnskap om de fenomener den har definert som medisinske anliggender. For det fjerde får medisinen *handlingsmakt* gjennom sin myndighet til å diagnostisere og behandle.

Alle disse maktformene virker inn på faglig identitet, status og prestisje. Men de reiser også spørsmål om faglig integritet og hvorvidt medikaliseringen faller utenfor medisinenens domene. Er det medisinenens oppgave å endre folks selvfølelse gjennom kroppslige intervensjoner (11)? Skaper og forsterker det problemer mer enn å løse dem?

Norsk forening for allmennmedisin har sammen med Tannlegeforeningen utarbeidet et policydokument som klart setter grenser for medikalisering av utseende (18). Der heter det at «[k]osmetisk behandling, uten medisinsk eller odontologisk indikasjon, er ikke forenlig med god, profesjonell praksis og bør ikke tilbys av allmennleger eller tannleger». Det vitner om grensebevissthet og verdivalg.

Rikhardsen & Vogts artikkel handler om hvordan man skaper medisinske indikasjoner gjennom å etablere diagnostiske kategorier, og den er således en studie av medikaliseringens mekanismer. Studien bidrar til refleksjon over medisinenens mål – og derved dens essens og etos.

Litteratur

1. Rikhardsen I, Vogt H. Diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin i Norge. *Michael* 2025; 22: 17–28.
2. Zola I. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 1972; 20: 487–504.

3. Ballard K, Elston M. Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Sociological Theory Health* 2005; 3: 228–241.
4. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, health care, and philosophy* 2016; 19: 253–264.
5. Metzl JM, Herzog RM. Medicalisation in the 21st century: introduction. *Lancet* 2007; 369: 697–698.
6. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369: 700–702.
7. Verweij M. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics* 1999; 13: 89–113.
8. Davis JE. *Medicalization, social control, and the relief of suffering*. In: Cockerham W, editor. *The new Blackwell companion to medical sociology*. Chisester: Blackwell Publisher; 2010: 211–241.
9. Conrad P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
10. Sadler JZ, Jotterand F, Lee SC, Inrig S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theoretical medicine and bioethics* 2009; 30: 411–425.
11. Conrad P, Barker KK. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 2010; 51: S67–S79.
12. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action* 2014; 7. doi: 10.3402/gha.v7.23998
13. Cipolla C. Why we cannot consider ourselves Darwinists anymore (Why Dunant won over Darwin). *Salute e Società* 2010; 9: 138–142.
14. Doran E, Henry D. Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease. *Internal Medicine Journal* 2008; 38: 858–861. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01814.x
15. Moezzi M, Hofmann BM. Helsepersonell eller selger? *Den norske tannlegeforenings tidende* 2023; 133: 192–200.
16. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual review of Sociology* 1992; 18: 209–232.
17. Hofmann B. Surgery beyond bodies: Soul surgery and social surgery. *Frontiers in Surgery* 2022; 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.950172>
18. Den norske tannlegeforening og Norsk forening for allmenmedisin. *Policydokument – Kosmetisk behandling i allmenmedisin og odontologi*. Oslo, 2021. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c46428eab86661e/policydokument-kosmetisk-behandling-.pdf> (20.12.2024)

Bjørn Morten Hofmann
b.m.hofmann@medisin.uio.no
 Senter for medisinsk etikk
 Institutt for helse og samfunn
 Universitetet i Oslo
 0318 Oslo

Bjørn M. Hofmann er professor i medisinsk filosofi og etikk ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og ved Institutt for helsevitenskap, NTNU på Gjøvik.