

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Helsebegrep og sykdomsforståelse

Allmennmedisinen foran et vegskille

Eivind Meland, allmennpraktiker og førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen. Har interessert seg for forebygging av hjerte- og karsykdom både i klinikken og forskningsmessig. Medlem av NSAMs referansegruppe for hypertensjon. Opptatt av medisins plass i samfunnet og hvordan de gode forsetter kan perverteres og resultere i bjørnetjenester og vanhelse.

I denne artikkelen drøfter forfatteren det filosofiske grunnlaget for medisinen i vår tid, og på hvilken måte den derav følgende praksis gjør medisinen til et helse- og velferdsproblem. Han peker på hvordan fenomenologi og postmoderne filosofi kan representere et fundament for en alternativ helse- og sykdomsforståelse. Med en slik forståelse følger også en alternativ praksis og andre moralske forpliktelser overfor samfunnet og den enkelte pasient. Norsk allmennmedisin står i bresjen i en gryende kamp mot medikalisering av kulturen og sykeliggjøring av enkeltmennesket. Forfatteren peker på noen viktige arenaer for et slikt engasjement og på hvilken måte dette får følger for samfunnsmessig og klinisk praksis.

• AV EIVIND MELAND

Helsebegrep og sykdomsforståelse

Det filosofiske grunnsyn og klima som moderne medisin praktiseres i, ser på mennesket isolert fra sine relasjoner som objektiverbar materie som beveger seg langs en tidsakse fra fødsel til død. Dette objekt kan karakteriseres og diagnostiseres med egenskaper som pretenderer å være objektive. Noen ganger kan slike objektive diagnoser være funksjonelle som utgangspunkt for nødvendig medisinsk intervensjon. Slik intervensjon er ofte så imponerende at medisins filosofi fundament sjelden blir utfordret. Hverdagslivets tenkning, den luft vi puster i, er også så preget av dette filosofiske fundament at vi ikke avslører hvordan relasjonelle størrelser kles i objektivitetens drakt og blir maktmidler som undergraver selvbilde og funksjonsevne.

Det rådende helsebegrep er dikotomt: helse til forskjell fra vanhelse, velvære til forskjell fra lidelse. Sykdomsforståelsen er lineær og kausal ettersom vi tenker oss at sykdomsfremkallende agens forårsaker sykdom som bekjempes med å fjerne agens. Sykdom kan påvises objektivt og hvis ikke kausale agens kan fjernes, kan sykdom oppdages i tidlige stadier og fjernes.

Det er viktig å være klar over at det finnes alternativ filosofi og verdiorientering som kan begrunne endringer i så vel medisinsk praksis som hverdagslivetsandel. Et dialogisk menneskesyn vil se på mennesket ikke som et objekt, men konstituert ved sine relasjoner. Selvet mitt vil være det som er mellom meg og dem jeg inngår relasjoner med. Den karakteristikk eller diagnose jeg gir andre mennesker kan jeg aldri frigjøre fra relasjonen med den jeg karakteriserer. Jeg er et ansvarlig moralsk subjekt i relasjon med andre individer. Helse kan ikke forstås isolert fra vanhelse, helse er den måten vi integrerer vanhelse i våre liv på, den måten vi skaper mening av vekslingen mellom velvære og lidelse. Helse konstitueres av mening og relasjon. Et dialogisk helsebegrep vil se på helse som anledning til og kompetanse i å delta aktivt i relasjoner der vår verden fortolkes og refortolkes (1). Med et slikt syn følger at sykdommenes objektive eksistens er tilsynelatende. Sykdom vil alltid være en dialogisk og moralsk størrelse, en sosial konstruksjon skapt av dialogen i den kultur vi inngår (2). Fenomenologien peker på et viktig vegskille for medisinsk praksis, men i realiteten hadde menneskeheten denne visdom i hundrer eller tusener år før vår moderne tid (3, 4).

Den fundamentalistiske biomedisin skader helsa

Biomedisinsk teknologi har en høy stjerne i den offentlige opinion. Det er ikke bare fordi folk er forført gjennom skremsler til å delta i et prosjekt der helsetjenesten får i oppdrag å lette den angst som de selv har påført befolkningen. Det er også fordi medisinsk teknologi i mange tilfeller bedrer prognosen vesentlig for enkeltindivider med sykdomsplaner. Det objektive sykdomssyn og den årsaksorienterte intervensjon er i svært mange tilfeller funksjonell. Det er overdrivelsen, biomedisinen som karikatur og fundamentalistisk prosjekt som skader helsa og den allmenne kultur. Det diskuteres i hvor stor grad dette skjer, hvor god dokumentasjonen for dette er, og hvorvidt det er aktuelt for alle befolkningsgrupper (5-7). Det vi vet er at svært mange medisinske diagnostiske og terapeutiske prosedyrer er mangelfullt dokumentert (6, 8), at flere intervensjoner anvendt på lavrisikopopulasjoner med bare marginalt forverret prognose er helseskadelig for dem som får slike «tjenester» (6) og at folkehelsa i liten grad bestemmes av helse-tjenester, men er avhengig av relasjonelle og kulturelle størrelser som for eksempel sosial deltagelse, verdighet og optimisme (5).

Vi vet også hvordan og hvilke mekanismer som medfører at helsetjenester blir til helseskadelige bjørnetjenester (6). En slik forståelse er viktig ikke minst fordi vi kan skjønne hvordan en ytterligere vekst i fremtiden kan medføre skade. Fisher peker på følgende mekanismer: diagnostikk av pseudo-

sykdom; forskyvning av sykdomsdefinisjonene inn i den asymptomatiske normalpopulasjonen; distraksjon og kompleksitet som fører til at høyrisiko- og alvorlig syke individer ikke får nødvendig behandling; og unødvendig behandlig av fysiologisk fluktusjon. Konsekvensene i følge Fisher er mer bekymring og invaliditet, mer unødvendig behandling, flere medisinske feil og mer bivirkninger og skadevirkninger av medisinsk behandling.

Denne utvikling vil aksentuere hvis vi ikke selv forstår og vinner alminnelig aksept for hvordan sykdom konstitueres sosialt. Det blir en viktig oppgave å engasjere oss i den verdidebatt der skillet mellom normalitet og sykdom etableres, og det blir maktpåliggende å ansvarliggjøre politikere i en slik verdidebatt.

Allmennmedisinen

– en samling enøyde samaritaner?

Nær 450 000 nordmenn i arbeidsfør alder er langtidstrygdet. Vi har opplevd en fordobling fra 8% av arbeidsstyrken til 16% i løpet av de siste 20 år. Argumentasjonen om at det er situasjonen i arbeidsmarkedet som er avgjørende for trygding, er ikke holdbar lenger. Folk trygdes i økende grad også i ung alder samtidig som etterspørselen etter arbeidskraft er økende. I stor grad er diagnoser knyttet til relasjonelle problemer og kulturelt formidlet selvforståelse grunnlag for sosial utstøtning på arbeidsmarkedet. Jeg skal ikke pretendere å ha fasit på hva dette skyldes, men jeg vet av samtaler med trygdeleger og fra offentlig debatt jeg har vært engasjert i (9, 10), at den kausale sykdomsoppfatning kan være en viktig bidragsyter til utstøtning og relasjonsbrudd. Det er nemlig en utbredt oppfatning i vårt fagmiljø at symptomer fra muskel- og skjelettsystemet og emosjonelle vansker kan årsaksforklares med forhold på arbeidsplassen. I stedet for å hjelpe den lidende med å utvikle relasjonskompetanse og en funksjonell selvoppfatning, følges minste motstands veg: verdigheten ivaretas med offerforklaringer og hjelpen består i relasjonsbrudd og livslang avhengighet av samfunnet (11, 12).

Liknende fenomener ser vi i det forebyggende arbeid i skolen. Emosjonelle og atferdsproblemer «løses» med intervensjoner som innebærer særplassering og isolasjon fra skoleklassen, familien og det moralske fellesskap der eleven hører hjemme. At slike tiltak har mangelfull dokumentasjon synes ikke å affisere aktørene. Det er nemlig så akseptert i vår kultur at vansker løses med ekstern årsaksforklaring og relasjonsbrudd, at få tør utfordre slike prosesser.

Allmennmedisinen er medisinen «bunnskikt» i betydningen fundament for annen tjeneste. Det er først og fremst allmennmedisinen som merker konsekvensene av medika-

lisering, diagnostikk av pseudosykdom, oppfinnelse av nye risikotilstander og forebyggende intervensjoner i godhetens tjeneste. Den allmennmedisinske bølge er full (13), men det blir feil å fremstille allmennmedisinen som offer. Vi bidrar til troen på medisinsk vekst og arbeider aktivt for at allmennmedisinen må befolkes av nok leger til å ta hånd om all den meningsløshet som vi får servert.

Allmennmedisinen – en kritisk røst i sterk motvind

Norsk allmennmedisin er ikke så mistrøstig som linjene over kan tyde på. De kulturelle strømninger og sosiale makt-konstellasjoner som driver den medisinske vekst, er nemlig så sterke at det er urealistisk å forvente at allmennmedisinen skal stå oppreist hele tiden i sterk motvind. Faktum er at norsk allmennmedisin er en viktig kritisk røst og motkraft til medikalisering (14-16), og en konstruktiv bidragsyter til hvordan medisinske intervensjoner kan rettes mot den del av befolkningen som har verst prognose og størst utbytte av behandling (17).

“Pasienten har rett til å møte en forståelsesfull lege som er interessert i pasienten som person, og er villig til å lytte til og samhandle med pasienten som likeberettiget.”

Som i andre land foregår en viktig debatt om hvordan den nye erkjennelsen i medisinen skal omsettes i klinisk praksis (5, 7). Fortidens antagonismer mellom venstre- og høyresiden spøker imidlertid over en debatt der relasjonell forståelse angripes for å innebære «blaming the victim» (7, 18). Venstresiden med sitt fordums fiendebilde synes å undersøke at mennesket også motiverer seg intensjonalt (19), og kan derigjennom bidra til offerforklaring og undertrykking, relasjonsoppløsning og sosial og moralsk isolasjon.

Allmennmedisinen og den fremtidige kontrakt med samfunnet

Den paternalistiske medisin passer som hånd i hanske for den form for politisk demagogi som setter likhetstegn mellom helse og helsetjeneste. Medisinen tilkjennes uinnskrenket myndighet til å definere hva som er sykdom og forsvarlig medisinsk intervensjon. Et slikt bilde av medisinen er i ferd med å forvitte, og politikere og den opplyste allmennhet forstår at samfunnet må ansvarliggjøres i en dialog der hovedsiktet blir å finne effektiv utnyttelse av begrensede helseressurser. Dette ansvaret innebærer imidlertid at politikere og folk flest må ta inn over seg og bære konsekvensene av at medisinen er feilbarlig og at det alltid vil være en avveining mellom forventet nytte og kalkulert risiko. Vi må utvikle et språk for feilbarlighet, behandlingsnytte og kostnadseffektivitet som gjør det mulig å føre en likeverdig dialog om hvilke tjenester (allmenn)medisinen skal tilby. En forståelse av likeverdig partnerskap for helsetjenestens forhold til samfunnet må utgjøre fundamentet for en slik dialog.

vitet som gjør det mulig å føre en likeverdig dialog om hvilke tjenester (allmenn)medisinen skal tilby. En forståelse av likeverdig partnerskap for helsetjenestens forhold til samfunnet må utgjøre fundamentet for en slik dialog.

En allmennmedisin med behandlingsansvar for en fast populasjon gjennom fastlegeordningen vil i sterkere grad kunne iverksette en slik dialog. Men det krever mot og ansvarlighet fra alle aktører å være i stand til å innse at i en partnerskapskontrakt med samfunnet kan helsetjenester bli avvirket fordi de ikke er berettiget. Allmennmedisinen må utvikle politisk mot også til å skjerme folk fra unødvendig diagnostikk, intervensjon og dokumentasjon også når det kan true snevre nærings- og fagforeningsinteresser.

Allmennmedisinen og kontrakten med pasientene

Dialogen med den enkelte pasient og relasjonen mellom behandler og pasient bør endres. I en relasjonell og humanistisk forståelse av mennesket vektlegges autonomi og ansvar. Denne forståelse har på noen områder vunnet innpass i helsejussen med rett til å øve innflytelse på behandlingsvalg og innsynsrett i journal. Vi iakttar imidlertid en bemerkelsesverdig dobbelthet ved at publikum vil ha juridiske retter som forutsetter en ufeilbarlig medisin. Det er en dobbelthet vi ikke kan leve med. En relasjon som er preget av gjensidighet og partnerskap må respektere medisinen som usikker. Denne usikkerheten må legen være villig til å formidle, men pasient og publikum må også være villig til å ta den inn over seg. Begge parter må være villig til å dele gevinster og kostnader med den nye dialogen.

Autonomi betyr egentlig «selv-lovgivning» og er ett av de mest fundamentale prinsipper for frihets- og demokratitenkningen i moderne vestlige samfunn. Vår autonomiforståelse stammer fra opplysningstiden og Immanuel Kants filosofi. Hans moralfilosofiske prinsipper om universalitet understreker også kravet til gjensidighet. Autonomiens grense er handlinger som hvis de var begått av andre ville ramme en selv. Et autonomt menneske tar egne valg, men må og ta ansvar for konsekvensene av egne valg og tåle den belastning som følger av at valg kan komme i konflikt med andre menneskers rett til autonomi. Både pasientens og legens autonomi og integritet må derfor ivaretas i den nye dialogen (20).

Pasienten har rett til å møte en forståelsesfull lege som er interessert i pasienten som person, og er villig til å lytte til og samhandle med pasienten som likeberettiget. Den autoritære bedreviter har ikke stor plass i norsk allmennmedisin. Men det er også grunn til å advare mot den motsatte ytterlighet enten den opptrer i rollen som markedsorientert behager for ethvert konsumentønske eller som snillistisk

gråtekone som henfører pasienter til hjelpeløshetsroller. Helsevesenets framtid og folkehelsen er nemlig truet av begge disse typer dysfunksjonelle hjelpere (11).

Den relasjonsorienterte lege er nemlig tydelig som moralsk aktør i sine konsultasjoner. Som en partner rådgir sine med-aktører vil legen i en slik modell være en lydhør lytter, men også en tydelig rådgiver (20). Hun vil også ha målsettinger om å styrke pasientens autonomi og ressurser både på det relasjonelle og det selverkjennelsesmessige området. Hvis vi arbeider med en relasjonell helseforståelse vil helse være anledning til og kompetanse i å delta aktivt i relasjoner der vår verden fortolkes og refortolkes (1).

Litteratur

1. Stewart J. Philosophical features of social approaches to interpersonal communication. I: Leeds-Hurwitz W, red. Social approaches to communication. New York: The Guilford Press, 1995.
2. Aronowitz RA. Making sense of illness. Science, society and disease. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
3. Næss A, Hannay A. Invitation to chinese philosophy. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.
4. Watts AW. Zen-veien. Oslo: Gyldendals Fakkelt-bøker, 1973.
5. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Walter de Gruyter, 1994.
6. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281: 446-53.
7. Poland B, Coburn D, Robertson A, Eakin J. Wealth, equity and health care: a critique of a «population health» perspective on the determinants of health. Soc Sci Med 1998; 46: 785-98.
8. Zahl P-H. Er nytten av organiserte masseundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft i Norge vitenskapelig bevist? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2002-5.
9. Malterud K. Kvinners «ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1790-3.
10. Meland E. Sykdomsforståelse og velferdspolitik. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2559-61.
11. Meland E, Nessa J. Autonomifremmende klinisk arbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 557-9.
12. Gulbrandsen P. Sykmelding – minste motstands vei? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2369-70.
13. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547.
14. Holmen J, Hetlevik I, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1794-9.
15. Malterud K. Fordeler og ulemper ved mammografiscreening av friske kvinner. En kritisk vurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1608-10.
16. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037-41.
17. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdom i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643-7.
18. Westin S. Velferdspolitiske virkelighetsbilder. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 79-83.
19. Bang J. Sygerolleinflation og social identitet. Månedsskr Prakt Lægeger 1997; 75: 1279-86.
20. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-6.

LEGEN PÅ SCENEN