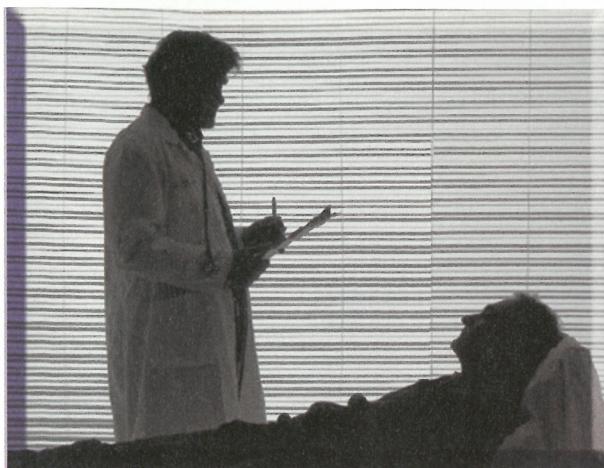




ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Med de beste intensjoner om å gjøre folk friske gjør vi dem syke: Sykeliggjøringens mange ansikter

AV BJØRN HOFMANN

Det finnes ikke friske mennesker, bare mennesker som ikke er godt nok undersøkt, heter det. Grunnen til denne penible floskelens prevalens og bestandighet kan være at den peker på noen grunnleggende utfordringer med progredierende aktualitet. Den viser et vesentlig trekk ved moderne helsestell: Vi kan se så uendelig mye mer enn tidligere, men vi kan også se for mye. Det stadig mer altomfattende medisinske blikk kan se sykdom i alt, og alt kan gjøres til sykdom.

Her er vi ved sykeliggjøringens kjerne: Det som tidligere ikke ble oppfattet som et helsefaglig anliggende, blir gjort til det. Men ved å påvise sykdom eller risiko for sykdom uten at personen oppfatter seg som syk, har den medisinske kunnskap frigjort seg fra det enkelte individs erfaringer, opplevelse og oppfatning av egen situasjon (1). Da står man i fare for å fri seg fra medisinen moralske grunnlag: Å hjelpe flest mulig enkeltmennesker med det de selv oppfatter som kroppslige eller mentale plager. Den grunnleggende moralske utfordring ligger da også i at man gjør det motsatte av hva man intenderer: Å fri mennesker fra sykdom.

Dette representerer en betydelig risiko for moderne medisin, og forebyggende tiltak er påkrevd. Dersom man ønsker å sørge for at folk er friske, så er bekjempelse av sykeliggjøring et viktig virkemiddel.

Seks tiltak mot sykeliggjøring

Standard forebygging mot sykeliggjøring består av følgende tiltak:

1. *Presymptomatisk diagnostikk:* Helsevesenet bør screenes for tilløp til masseundersøkelser, opportunistisk forebyggende tiltak og retningslinjer som er basert på smale faglige interesser. Dersom slike forhold oppdages, er alle tiltak legitime, uavhengig av om de har dokumentert effekt



Bjørn Hofmann

Post doc. stipendiat og professor II ved Seksjon for medisinsk etikk, UiO og professor II ved Avdeling for helse, omsorg og sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. Han har arbeidet innenfor fagfeltene medisinsk filosofi (sykdomsbegrepet), medisinsk etikk (autonomi og samtykke) og vitenskapsteori (helsefaglige årsaksforklaringer, slutningsformer, og vitenskapelig rasjonalitet). Har livstidsrisiko for mutasjon på sykeliggjøringsallergigenet som følge av miljø-eksponering på 63 %.

Non-compliant.

eller ikke. Jo tidligere man oppdager slike tilløp og forstadier til sykeliggjøring, jo mer effektive er tiltakene.

2. *Prediktiv testing:* Helsevesenet bør testes med hensyn på i hvilken grad det bidrar til å øke enkeltindividers frykt for sykdom og oppfatning av at deres plager og manglende evne til å mestre tilværelsen kan løses av helsevesenet. Positive tester legitimerer drastiske tiltak inklusive lave takster og forebyggende fjerning av aktivitet (preventiv iatrosektomi).

3. *Opportunistisk forebyggende tiltak:* Dersom man ved tilfeldig befattning med helsetjenesten påviser tilfeller av anbefalinger som ikke er direkte korrelert med endringer i erfaringer og opplevelser for den enkelte pasient, forordnes grunnleggende omlegginger av organisasjonsstruktur og rammevilkår til denne del av helsetjenesten. Gevinsten av intervensjoner overfor denne type «helsefaglig livsstil» legitimerer tiltakene og tilsidesetter allmenne hensyn til helsefaglig autonomi. Dersom denne helsefaglige livsstil ikke endres, er alle midler som direkte eller indirekte kan bidra til å skape dårlig faglig selvtilit og lav faglig status tillatt. Gjentatt påpekning ved påfølgende konsultasjoner og åpen påtale på faglige møter og i fagtidsskrifter er bare noen aktuelle tiltak.

4. *Kampanjer:* Helsetjenesten bør informeres og opplyses om skadevirkningene av sykeliggjøring. Sterke virkemidler er tillatt dersom det fremmer målet: En helsetjeneste fri for sykeliggjøring. Hensyn til fakta og dokumentert effekt kan fravikes.
5. *Endring av det medisinske blikk:* Dersom det finnes metoder, tester eller begreper som fremmer sykeliggjøring, slik som «screening», «presymptomatisk», «asymptomatisk», «prediktiv» og «risiko» bør disse elimineres fra fagspråket og erstattes med erfaringsbaserte og opplevelsesnære metoder, tester og begreper. Journalnotater og epikriser bør skannes med tanke på denne type betegnelser og ekstra avgifter pålegges der de forekommer.
6. *Målsettingens betydning:* Det er viktig å merke seg at det er mye enklere og mindre ressurskrevende å forebygge sykeliggjøring enn å behandle den. Derfor er det viktig at alle tilløp, forstadier og antydninger til sykeliggjøring oppdages og bekjempes så tidlig og effektivt som mulig. Dersom vi virkelig vil fremme befolkningens helse, vil det å unngå sykeliggjøring være det mest effektive middel. Jo flere som ikke sykeliggjøres, jo flere er friske!

Dette er ikke så radikalt som det kan virke. Det er bare anvendelse av sykeliggjøringens metodikk på sykeliggjøringen selv, godt egnet til å synliggjøre noen av de grunnleggende utfordringene.

Sykeliggjøring gjennom metodisk mangel

En av de mest åpenbare og direkte former for sykeliggjøring er som følge av metodiske mangler ved diagnostikk eller behandling. Falsk positive funn «gjør mennesker syke» som ikke er det. Motsvarende gjøres mennesker somatisk syke som følge av at de terapeutiske metodene er ufullkomne, for eksempel som følge av strålebehandling mot kreft. Et tredje eksempel er oppdagelser av forstadier til sykdom der man ikke vet hvorvidt de vil medføre symptomer hos pasient eller ikke, såkalt pseudosykdom.

I tillegg representerer selvsagt de mentale belastningene ved alle disse former for sykeliggjøring en mulighet for å utvikle mental sykdom.

PRESYMPTOMATISK DIAGNOSTIKK:

Gjøre syk så tidlig som mulig

Kjernen i presymptomatisk diagnostikk er å oppdage sykdom så tidlig som mulig, slik at man kan forberede seg, gripe inn eller unngå alvorlige hendelser eller sykdom. Historiene om Signe Skred i Utposten er rike på eksempler på dette (2). Sykeliggjøringen består i slike tilfeller av at personen ikke «kjenner sin sykdom», men gjennom tiltaket blir

gjort «kjent» med den. Forutsetningen for presymptomatisk diagnostikk, som ikke alltid er like uttalt eller oppfylt, er at det er en klar sammenheng mellom de parakliniske funn som gjøres og en senere utvikling av sykdom. Men selv om forutsetningen er oppfylt, som for eksempel ved testing for Huntingtons sykdom, er det utfordringer knyttet til hvorvidt det er rett eller galt å oppdage sykdom før den gir seg utslag. Noen av disse utfordringene er knyttet til i hvilken grad man kan gjøre noe med tilstanden.

PREDIKTIV TESTING:

Diagnose gjennom risiko

Prediktiv testing sykeliggjør gjennom at personer som ellers oppfatter seg som friske (eller som lider av andre sykdommer) blir gjort oppmerksomme på at de har en gitt risiko for en bestemt sykdom. Bevisstheten om sykdomsrisiko eller bekymringen knytter personene til en gitt diagnose og kan i seg selv være belastende. Man kommer til å kjenne sykdom av å bli gjort kjent med den. Å få greie på at man har en tiårsrisiko for hjerte- og karsykdom på 23 prosent eller en livstidsrisiko for diabetes på 20 prosent uten mulighet til å gjøre noe med den kan være vanskelig å forstå, skremmende og en alvorlig belastning. Dessuten kan risikotenkningen som sådan også være sykeliggjørende og oppfattes som epidemisk (3). Med økende kunnskap om sykdom og faktorer som kan føre til sykdom, kan denne formen for sykeliggjøring bli svært omfattende. Å la seg teste utgjør derfor en helsemessig risiko.

Opportunistisk sykeliggjøring

Litteraturen begynner å bli rik også på eksempler på opportunistisk sykdomsforebygging. Den 70 år gamle spreke pensjonisten som skal fornye førerkort og en klinisk undersøkelse påviser en liten irregularitet i hjerterytmen, som på EKG viser tegn til et tidligere infarkt (4) og Eva som er 68 år, og som føler seg frisk, men som kommer til en «helsesjekk» og settes på kolesterolsenkende medikamenter (5), er bare noen eksempler på dette.

Det nyttige med disse eksemplene er at de danner et utgangspunkt for debatter om sykeliggjøring på et konkret og konstruktivt nivå. Abstrakte diskusjoner om sykeliggjøring er interessante, men kanskje lite relevante for den løsnings- og handlingsorienterte primærlegen.

Sykeliggjøring gjennom prioritering

Sykeliggjøring kan også være et resultat av prioritering. Det er et paradoks at mens det er store kostnadsoverskridelser og stor ressursmangel i helsevesenet, så brukes store deler av ressursene på helsetjenester som oppfattes som mindre nødvendige eller unødvendige. Dersom skillet mellom nødvendige og ikke nødvendige helsetjenester er rimelig korrekt,

betyr dette at tilstander og forhold som ikke oppfattes som «nødvendige» får større oppmerksomhet. Det kan representere en form for prioriteringsmessig sykkeliggjøring av tilstander som (av noen) ikke oppfattes som nødvendige eller prioriterte.

Helsefremme

Tankegangen bak disse typer medisinske tiltak er å forebygge menneskers sykdom, og gjennom dette fremme deres helse. Men sykkeliggjøring kan også gjøre seg gjeldende gjennom helsefremme direkte. Gjennom definisjoner av «god helse», «sunt kosthold», «aktivitet» og «god form», samt tiltak for å bedre disse, ønsker man å fremme menneskers helse, og øke marginer mot sykdom. Men ved å definere «god helse», «sunt kosthold» og «god form», definerer man også hva som er sykkeliggjørende adferd, og tillegger mennesker et ansvar dersom de handler mot dette. Ikke bare øker røyking og fedme risikoen for sykdom, men det å røyke og spise fet mat blir stigmatiserende og «sykt» i seg selv.

Definisjonens sykkeliggjørende makt

Dette betyr at det ikke bare er risikofaktorenes overdrevne betydning som sykkeliggjør (sykkeliggjøring gjennom risiko), men også identifiseringen av risikofaktorer. Ved at stadig flere aktiviteter blir definert som risikable, reduseres utfoldelsesmulighetene. Mens fedme tidligere var uttrykk for status, har det blitt et tegn på sykkelighet, sykdomsrisiko og lav sosial status. Rommet for fri livsutfoldelse blir snevret inn som følge av økt kunnskap, frykt for risiko og sykdom, og sammenblandingen av helse og frelse (les: helse som livets mål).

Men det er ikke bare i forhold til risikofaktorer at definisjoner spiller en sentral rolle for sykkeliggjøringen. Det samme gjelder for definisjonen av sykdom: Når vi utvider definisjonen av hva som er sykdom, sykkeliggjøres en rekke tilstander. Her spiller teknologien en sentral rolle. Teknologiske tester blir stadig mer følsomme og nøyaktige, de øker sin utbredelse og får stadig større betydning for utøvelsen av medisin. Teknologien definerer sykdom gjennom at den påpeker sykdommens substrat (eks. DNA), gjennom at den frembringer kunnskap om sykdom og ved at den påvirker hva vi kan behandle sykdom med (praktisk) (6). På grunn av sin definitoriske kraft har teknologien en høy status i medisinen og er ett av sykkeliggjøringens sentrale aspekter.

Livets vanskelighet – et medisinsk ansvar

Sykkeliggjøringen har i seg selv også en sykkeliggjørende effekt. Moderne medisin har ingenlunde satt sitt lys under en skjepp, og synes å ha gjort seg selv til løser av så vel kreftens som livets gåte. Det er derfor ikke overraskende at mennes-

ker nettopp henvender seg til helsevesenet med sine mangslungne plager. Tradisjonelle nettverk for hjelp og støtte som familie, venner og nærmiljø, har mistet sin betydning. Gjennom media får vi inntrykk av helsevesenets omnisciens og omnipotens. Med voksende forventninger henvender folk seg derfor til helsevesenet for å få løst sine problemer.

Sykkeliggjøringen, det at stadig flere plager kan håndteres av helsevesenet, gjør at mennesker henvender seg til helsevesenet, som så forsøker å finne løsninger, som ikke overraskende er mer av samme medisin: Sykkeliggjøring. Og når mennesker søker helsevesenet med bekymring for egen helse, står vi parat med en rekke potensielt sykkeliggjørende tester. Vi tar tester for å finne sykdom eller risikofaktorer, men også for å bekrefte helse og å berolige, og for vår egen sikkerhets skyld (7). Behandling av menneskers risikoaversion og sårbarhetsfrykt med sykkeliggjørende midler som forsterker tilstanden er problematisk: Sykkeliggjøring avler sykkeliggjøring. Sykkeliggjøringens selvbekreftende potensial er en grunnleggende utfordring.

Sykkeliggjøringens gode intensjoner

Med dette kan man få inntrykk av at sykkeliggjøringen er roten til alt ondt eller «det onde selv». Men det er nettopp det som er problemet: Sykkeliggjøringen, i dets mange former, er et resultat av de aller beste intensjoner. Ved å forsøke å hjelpe mennesker kan vi komme til å gjøre det motsatte, men fordi motivet er så edelt og akseptert, kan kritikken fortone seg som urimelig og regressiv, for ikke å si folkefiendtlig.

Det er ingen tvil om at sykkeliggjøring også er et resultat av snevre faglige interesser, og av pekuniære pasjoner, for eksempel ansporet av industriens legitime kommersielle målsetting, men det er ikke disse formene som er de farligste. De farligste former for sykkeliggjøring er de som følger av edle motiver.

Det kan være nyttig å minne om at den sterkt kritiserte sykkeliggjøringen av homofili ikke var et utslag av vond vilje eller stigmatiseringsiver, men av de aller beste intensjoner: man ville fri de homofile fra sosial stigmatisering ved å tilby dem et frirom. Problemet er selvsagt at dette medisinske frirom selv ble stigmatiserende. Å gjøre slavenes rømming til en sykdom (drapetomani) var neppe til stor hjelp for dem – behandlingen var hard og reseptfri. Problemet er bare at mens homofili og drapetomani for oss fremtrer som åpenbare eksempler på «pervers» sykkeliggjøring, så ser vi kanskje ikke det «sykelige» ved vår egen sykkeliggjøring. En årsak er altså de gode intensjonene – en annen er at sykkeliggjøringen har blitt en del av språket og det medisinske blikk.

Sykeliggjøringens språk og det medisinske blikk

At sykkeliggjøringen har blitt en del av vårt språk og våre samfunnsinstitusjoner ser vi tydeligst av at personer insisterer på å være syke. «Jeg har twar» (1), «jeg har ME», eller «jeg har amalgamforgiftning!». Bakgrunnen kan selvsagt være klar: Det å få en diagnose gir en rekke rettigheter og fritak fra plikter (arbeid). Men dette betyr blant annet at sykdommens språk har blitt en del av det allmenne sosiale liv. Sykdomsdiagnoser er brikker i et sosialt spill, og begjæres ikke bare for å forklare en vanskelig situasjon for en selv og andre, men også for å oppnå visse sosiale rettigheter.

I tillegg er det klart at sykdom også er viktig for menneskets identitet (8). Sykdommer har ulik sosial status (9). Det medisinske blikk har blitt panoptisk og det medisinske språk altomfattende. Vi ser alt med medisinen blikk og forstår våre plager med dens begreper. I tillegg bruker vi medisinen språk til å argumentere sosialt.

Personers rop om hjelp og bønn om aksept for deres sykdom er en form for sykkeliggjøring (selv-sykeliggjøring), som er svært kraftfull og effektiv. Det er vanskelig for yrkesgrupper som oppfatter sitt ethos som å hjelpe mennesker ved å undersøke deres plager med et medisinsk blikk og sette ord på dem i et medisinsk språk, nettopp ikke å gjøre dette. Det ikke å anerkjenne menneskers plager, er svært vanskelig.

Sykeliggjøring er altså ikke bare et medisinsk «push», der det medisinske språk invaderer menneskers livsverden, men også et «pull» der vi søker, begjærer og forlanger å få en diagnose. Det er dette som gjør at sykkeliggjøringen ikke er et utvendig fenomen, som bare kan analyseres i enkle termer som «EBM» (2), «makt» eller «interesser». Sykeliggjøring er et «innvendig» fenomen ved at sykdom er en del av vårt blikk og våre begreper.

Sykdomsspillet

Dette gjør det også vanskelig å skille sykkeliggjøringen fra en rekke andre fenomener, og å differensiere mellom dens velgjørende og dens skadelige effekter. Innledningsvis påpekte jeg farene med at man fjerner seg fra personers erfaringer, opplevelser og oppfatninger når man avgjorde hva som var sykdom. Motsvarende har jeg også forsøkt å vise at bare å ta hensyn til personers opplevelser og oppfatninger også kan føre til (skadelig) sykkeliggjøring. Det samme gjelder dersom samfunnet skal bestemme hva som er sykt og friskt (10).

Sykeliggjøring er en del av et større spill. Det er ikke bare medisinen som intervensjonerer samfunnet med sine normer. Det er heller ikke bare samfunnet og dets institusjoner som bruker helsevesenet til å håndtere borgeres uønskede adferd, like lite som det bare er mennesker eller grupper som

bruker helsevesenet for å få forklaringer på sine plager eller oppnå sosiale goder.

Dette gjør at «kuren» som er anbefalt innledningsvis ikke vil virke. Sykeliggjøring er ikke ett enkelt fenomen, som lar seg kurere med en «enkel medisin», og slettes ikke etter dens egen oppskrift. Sykeliggjøring har mange ansikter, som forbausende nok har det til felles at de dekkes av florskelen om ikke å være godt nok undersøkt.

AVSLUTNING: Veggen til sykkeliggjøring er brolagt med de beste hensikter

Poenget her er derfor ikke at alle former for sykkeliggjøring er prinsipielt problematiske. Presymptomatisk diagnostikk og prediktiv testing har utmerkede formål. Det er de utilsiktede og uheldige virkningene jeg er på jakt etter. Gode intensjoner og besnærende metodikk har den forførende evne å dekke over viktige forutsetninger og alvorlige bivirkninger. Når middelets rasjonalitet blir dominerende, blir vi blinde for at virkningen kan bli den motsatte av det vi ønsker. Sykeliggjøring er ikke bare et onde som medisinen påfører pasienter og samfunnet, men også noe vi påfører oss selv. I den grad vi overser eller ignorerer sykkeliggjøringens bivirkninger, så er det et farlig tegn.

Sykeliggjøring peker på et grunnleggende paradoks i moderne helsestell: Med de beste intensjoner om å gjøre frisk, gjør vi folk syke. Derfor er det et sunnhetstegn at florskelen om at ingen er friske, men bare ikke godt nok undersøkt, plager oss. Vedvarende refleksjon over grensene for hva vi gjør og om vi gjør det motsatte av hva vi intenderer, er sunn kost for et helsestell i vekst, og bør fremmes med alle midler!

Litteratur

1. Hofmann B. Den perfekte sykdom. Utposten 2002; 2: 22–26.
2. Hetlevik I. Signe Skred – prioritert opp eller ned? Utposten 2005; (7): 15–23.
3. Skolbekken J-A. The risk epidemic in medical journals. Soc Sci Med 1995; 40: 291–305.
4. Getz L, Nilsson PM, Hetlevik I. A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world. Scand J Prim Health Care. 2003 Mar; 21(1): 3–9.
5. Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1382–6.
6. Hofmann B. The technological invention of disease - on disease, technology and values. Thesis. Oslo: University of Oslo. Feb 28 2002.
7. Hofmann B. For sikkerhets skyld – om skylden i vår søken etter sikkerhet. Bibliotek for Læger 2005; 197(4): 353–64.
8. Hofmann B. Sykdom som dannelselse – en analyse av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*. Tidsskrift or Lægeforen 2003; 123: 3569–72.
9. Albus D (1991). Sykdommers prestisje og medisinske spesialiteter. Tidsskr Nor Lægeforen; 111: 2127–33.
10. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. J Med Philos 2002; 27: 651–73.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
b.m.hofmann@medisin.uio.no